

VILLE DE LOON-PLAGE - FICHE SANITAIRE

Restauration Scolaire - ANNEE 2025-2026

Ecole : Classe fréquentée en 2025-2026 :

Nom de l'enfant :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse de l'enfant :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Adresse :	Adresse :
.....
Commune :	Commune :
Tél :	Tél :
Portables :	Portables :
Adresse mail :	Adresse mail :
<u>Situation familiale</u> : Mariés <input type="checkbox"/> - Pacsés <input type="checkbox"/> - Vie maritale <input type="checkbox"/> - Veuf(ve) <input type="checkbox"/> - Célibataire <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> - Divorcés <input type="checkbox"/> <u>Précisez si garde alternée</u> <input type="checkbox"/> Semaine paire : père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/>	
<u>Si séparé</u> : Nom du conjoint/concubin : Prénom : Tél :	<u>Si séparé</u> : Nom du conjoint/concubin : Prénom : Tél :
Numéro d'allocataire :	Numéro d'allocataire :

AUTORISATIONS PARENTALES

Personnes à prévenir en cas d'urgence et habilitées à venir chercher l'enfant à la restauration scolaire :

Responsable légal 1

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de parenté

Responsable légal 2 (si différents du 1)

Nom et Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de parenté

J'autorise que mon enfant soit photographié et filmé, ainsi que la diffusion de reportages (Delta TV, France 3...): oui ☐ non ☐

J'autorise que mon enfant soit maquillé lors des animations oui ☐ non ☐

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui ☐ non ☐

Si oui lequel ? Fournir un certificat médical

Pour les allergies, fournir un certificat médical de l'allergologue, sachant que tout enfant allergique ne pourra être inscrit à la cantine qu'après l'établissement d'un Projet d'Accueil Individualisé, réalisé en partenariat avec le médecin scolaire et la directrice ou le directeur de l'école concernée.

L'enfant suit-il un régime alimentaire spécifique ? oui ☐ non ☐

Si oui lequel ?

Médecin traitant : _____ Tél. : _____

Lieu d'hospitalisation en cas d'urgence : _____

L'entière responsabilité des conséquences pouvant être entraînées par un non signalement de certains problèmes, incombera au signataire de cette fiche.

Je soussigné(e), _____ responsable de l'enfant : 1/ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (**traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales**) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant**- 2/ avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire.

Date :

Signatures des représentants légaux :