

- Ecole de Moutiers :
- Ecole de la Chapelle :
- Ecole du Chat Perché :

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE Classe : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à la cantine : Oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

REGIME ALIMENTAIRE :

- **PAI (à fournir)** **Repas sans Porc** **Repas Sans Viande**

- **ALLERGIES :** ASTHME oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non
- ALIMENTAIRES oui non

AUTRES :

- **Nom, coordonnées et téléphone du médecin traitant :**

.....

- **PRECISEZ :** - La cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler), Les **difficultés de santé** (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....

.....

.....

.....

3 –REPRESENTANT LEGAUX DE L'ENFANT

Père (titulaire de l'autorité parentale) :

Mère (titulaire de l'autorité parentale)

Nom

Nom.....

Prénom

Prénom.....

N° Portable

N° Portable

N° Tel travail

N° Tel travail.....

Adresse

Adresse.....

.....

.....

Je soussignée,

**.....responsable
légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
autorise le personnel de la cantine à prendre, le cas échéant, toutes mesures
(traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin
et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.**

Date :

Signature des parents ou représentants légaux :

EN CAS D'URGENCE :

Personnes à contacter et autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom	Prénom	Téléphone 1	Téléphone 2	Lien de famille

Observations éventuelles :

Informations RGPD – Données

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations au service de restauration scolaire de la commune d'ARGENTONNAY. Les informations collectées par le biais des formulaires en lien avec la restauration scolaire sont destinées au service cantine et comptabilité à des fins de gestion administrative et comptable. Dès lors que l'utilisateur n'a plus de lien avec le service ses données personnelles sont effacées.