

SIVU des Quatre Villages

Place Charles de Gaulle

SIVU : 01 64 31 32 56 – sivu77130@gmail.com

Cantine : 01 64 31 25 74 – [cantine.marolles77@orange.fr](mailto:cantine.marolles77@orange.fr)

## FICHE D'URGENCE & INSCRIPTION A LA CANTINE 2024-2025

ENFANT	PERE parent payeur : OUI - NON	MERE parent payeur : OUI - NON
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
Classe à fréquenter : .....	.....	.....
N° d'allocataire CAF : .....	N° de téléphone : .....	N° de téléphone : .....
Assurance scolaire (Nom et n° police) : .....	Mail : .....	Mail : .....
Allergie alimentaire : .....	Employeur (nom, adresse et numéro de téléphone) : .....	Employeur (nom, adresse et numéro de téléphone) : .....
Régime alimentaire : .....	.....	.....
PAI : .....	Droit à l'image : OUI NON (Marol'Infos, Facebook, ...)	Droit à l'image : OUI NON (Marol'Infos, Facebook, ...)

Mon enfant mangera :

le jour de la rentrée : OUI - NON

LUNDI OUI – NON

MARDI OUI – NON

JEUDI OUI – NON

VENDREDI OUI – NON

PLANNING

(A FOURNIR PAR ECRIT)

### MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES ATTESTATIONS DES EMPLOYEURS DES PARENTS

En cas d'urgence, le personnel de la cantine s'efforce de prévenir la famille par tous moyens. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : (Nom et n° de téléphone)**

- .....

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital, qu'accompagné de sa famille. C'est le médecin qui décide du moyen de transport qui sera utilisé, il est alors possible qu'une ambulance privée conduise votre enfant à l'hôpital. Dès lors, le transport sera à votre charge.

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :**

*Nous soussignés, M. et/ou Mme ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.*

Je m'engage à respecter les modalités d'inscription à la restauration et au transport (le cas échéant) scolaires et de régler mes factures avant la date d'échéance de la facture. En signant le présent document, j'atteste accepter le règlement et valider l'autorisation.

Le ..... / ..... / 2024

Père

et/ou

Mère