

**FICHE DE LIAISON CANTINE**  
**ANNEE SCOLAIRE 2021-2022**

**Enfant :**

NOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Garçon :  - Fille :

**Responsable(s) de l'enfant :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe domicile : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ et Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**PÈRE :**

Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Téléphone lieu de travail : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**MÈRE :**

Téléphone portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Téléphone du lieu de travail : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Personnes pouvant être amenées à le récupérer :**

NOM et PRENOM :	LIEN AVEC L'ENFANT :	N° DE TELEPHONE :

**Santé de l'enfant :**

Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre.  
Maladie, allergies, asthme (joindre certificat médical).

\_\_\_\_\_  
Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

**Allergie alimentaire** : OUI :  NON :

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

En cas d'allergies alimentaires, le personnel de restauration et d'animation n'est pas qualifié pour les détecter.

Il est vivement conseillé aux parents de consulter le menu de la semaine avant toute inscription.

**Allergies médicamenteuses** : OUI :  NON :

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

**Asthme** : OUI :  NON :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (Si automédication, et **UNIQUEMENT POUR L'ASTHME**, le signaler) :

**Engagement et signature :**

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la cantine à prendre, le cas échéant, toutes mesures (transport d'urgence) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :