



43620 SAINT-PAL-DE-MONS

(HAUTE-LOIRE)

Téléphone 04 71 61 01 51

Fax 04 71 66 17 40

E-mail : contact@mairie-saintpaldemons.fr

Site : mairie-saintpaldemons.fr

Fait à Saint-Pal-de-Mons, le 16/06/2026

Fiche renseignements Année scolaire 2026-2027

Madame, Monsieur,

Afin de garantir la sécurité de chaque élève lors du service à la cantine, et de prévenir tout incident, nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche de renseignements sur votre enfant. Elle restera à disposition du personnel de la cantine pour pouvoir agir en conséquence en cas de problème.

Nom et Prénom de l'**ENFANT** :

Adresse :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Établissement scolaire :

Classe : Enseignant(e) :

RESPONSABLE LEGAL :

PÈRE : Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de téléphone portable :

E-mail :

MÈRE : Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de téléphone portable :

E-mail :

L'enfant est-il en famille d'accueil ?

☐ Oui ☐ Non

*Seulement pour les
personnes concernées*

Si oui, merci de remplir les informations ci-dessous :

RESPONSABLE : Nom : Prénom :

Date de naissance : N° de téléphone portable :

E-mail :

NOM ET ADRESSE DE **FACTURATION** : Nom - Prénom :

Adresse : Commune :

Renseignements Médicaux

Vaccins obligatoires	Oui Date de vaccin	Non	Vaccins recommandés	Oui Date de vaccin	Non
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT Polio			Autres		
Ou tetracoq			BCG/Monotest		

- Asthme : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, j'autorise le personnel de cantine à administrer le traitement suivant en cas de crise : ☐ Non ☐ Oui, *Ventoline* ☐ Oui, Autre traitement :
- Allergies Alimentaires : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, lesquelles :
- Allergies Médicamenteuses : ☐ Oui ☐ Non
 - Si oui, lesquelles :
- Autres remarques (traitement médical, maladie chronique etc) :
.....
.....
.....

En cas d'allergies, d'asthme ou autre, merci de joindre un Certificat Médical spécifiant le problème et éventuellement la démarche à suivre en cas d'incident.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (Entourer les maladies qu'il a déjà eues) :

- Rubéole - Varicelle - Angine - Rhumatisme articulaire aigu - Scarlatine – Coqueluche - Otite - Rougeole - Oreillons

Responsables désignés ou personnes habilitées pour la prise en charge de l'enfant (en cas d'absence des parents) :

1. Nom : ☐ à appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : ☐ autorisé à prendre l'enfant
 Tel domicile : Portable :
2. Nom : ☐ à appeler en cas d'urgence
 Lien avec l'enfant : ☐ autorisé à prendre l'enfant
 Tel domicile : Portable :

Nous soussignés parents de l'enfant
 autorisons les responsables de la cantine scolaire à :

- Appeler les secours (pompiers ou SAMU) si un accident survenait ;
- Appeler le médecin traitant en cas de besoin (si les parents et les personnes mentionnées ci-dessus ne sont pas joignables) :
 - Nom et ville du médecin traitant :
 - Numéro de téléphone :
- Appeler un médecin disponible en cas d'urgence (si le médecin traitant n'est pas disponible).

Date : Le.....

Signature des Parents :