

FICHE DE LIAISON CANTINE
ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

Enfant

NOM : _____ Date de naissance : _____

Prénom : _____ Garçon : Fille :

Classe à la rentrée 2025 :

Petite section Moyenne section Grande section CP CE1 CE2 CM1 CM2

Responsable(s) de l'enfant

NOM(s) : _____ Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Téléphone portable : ___/___/___/___/___ et/ou ___/___/___/___/___

E-MAIL : _____ @ _____

RESPONSABLE 1 :

Téléphone portable : ___/___/___/___/___

Téléphone lieu de travail : ___/___/___/___/___

RESPONSABLE 2 :

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, prothèses auditives /dentaires, etc... :

Allergie alimentaire : OUI NON

Dossier P.A.I (allergies) : 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) :

Restriction alimentaire : OUI NON

Si oui, laquelle : _____

(Attention, aucun plat de substitution ne sera prévu en fonction de cette dernière)

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 :