

Service de restauration scolaire

Fiche sanitaire ENFANT

Année scolaire : _____

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance:

Nom des parents :

Téléphone(s):

Adresse :

Nom des personnes à contacter en cas d'urgence :

Téléphone(s):

Nom des personnes autorisées à récupérer l'enfant:

Nom et téléphone du médecin traitant:

Allergies connues de l'enfant (fournir obligatoirement le certificat médical correspondant afin d'établir un PAI).

Renseignements que vous jugeriez important :

Si vous souhaitez recevoir les menus et plannings mensuels à compléter, veuillez indiquer votre adresse électronique :

Je certifie avoir lu et approuvé le règlement du restaurant scolaire, sachant que toute mesure prise par la mairie ne sera pas contestée.

Date

Signature