

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ANNEE 2018 – 2019

RESTAURANT SCOLAIRE

Nom et Prénom du Représentant légal :

Adresse :

VILLE : Tél. /

PERE	MERE
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Profession :	Profession :
Domicile :	Domicile :
TEL. : /	Tél. : /
email :	email :

Nom de(s) l'enfant(s) scolarisé(s)	Prénom	Sexe F/M	Date de Naissance	Classe	PAI

En cas de nécessité, personne(s) autorisée(s) à récupérer votre (vos) enfants : **OBLIGATOIRE**

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

N° DE SECURITE SOCIALE (auquel l'enfant est rattaché) :

MEDECIN TRAITANT :

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné(e) (tuteur légal)autorise les responsables du service à faire hospitaliser, mon (mes) enfant(s) :
.....en cas d'urgence, et après avis du médecin agréé, dans le centre hospitalier le plus proche.

Signature :

Si un enfant est sujet à certaines allergies alimentaires, précisez laquelle. Les parents doivent mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) permettant au personnel d'encadrement de lui administrer, dans ce cadre uniquement, les médicaments (voir règlement cantine).....
.....

Indiquez ici les autres difficultés de santé (accidents, crises convulsives, hospitalisations)
.....
.....

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A COUDOUX, Le

Signature (Lu et approuvé) :