

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX POUR LA CANTINE

ANNEE SCOLAIRE : \_\_\_\_\_

NOM ET PRENOM de l'enfant : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

CLASSE : .....

NOM du médecin traitant : .....

Adresse : .....

TELEPHONE du médecin : .....

Vaccination D.T.P. : dernier rappel : .....

B.C.G : .....

Autres vaccins : .....

Maladies : .....

Remarques particulières (régime alimentaire, allergie...) :

.....

NOM, PRENOM et n° de tél de la personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

## AUTORISATION DU CHEF DE FAMILLE

Je soussigné(e).....(père, mère ou tuteur légal) de l'enfant :..... autorise le responsable de la cantine scolaire à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention par le service de secours (SMUR ou POMPIERS).

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

A.....le.....

Signature :

Afin que votre inscription soit prise en compte, merci de nous retourner la présente fiche signée avant le 27 août 2008.