

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 retourner la présente fiche signée en mairie avant le 27 août 2010.