

**SAINT-PIERRE D'ENTREMONT**  
**(ISERE)**  
**73670 SAINT PIERRE D'ENTREMONT**  
**TEL : 04 79 65 80 53**  
**FAX : 04 79 65 84 26**

**FICHE SANITAIRE RESTAURANT SCOLAIRE**

**Les Parents :**

Nom et prénom du père .....	Nom et prénom de la mère .....
Adresse:.....	Adresse:.....
Téléphone Domicile et / ou Portable : .....	Téléphone Domicile et / ou Portable : .....
.....	.....
Adresse mail : .....	Adresse mail : .....

**Les Enfants:**

<b>Classe :</b>	<b>Classe :</b>
Nom Prénom : .....	Nom Prénom : .....
Date de naissance :	Date de naissance :
Problèmes médicaux (à compléter ou écrivez « Néant ») .....	Problèmes médicaux (à compléter ou écrivez « Néant ») .....
<b>Classe :</b>	<b>Classe :</b>
Nom Prénom : .....	Nom Prénom : .....
Date de naissance :	Date de naissance :
Problèmes médicaux (à compléter ou écrivez « Néant ») .....	Problèmes médicaux (à compléter ou écrivez « Néant ») .....
<b><u>Autres personnes à prévenir en cas d'urgence</u></b>	
<b><u>Nom Prénom (lien de parenté)</u></b>	<b><u>numéro de téléphone</u></b>

**Autorisation**

En cas d'accident de mon (ou mes) enfant (s),

Je soussigné ....., son père ou sa mère, autorise le personnel de la cantine à prendre toute mesure nécessaire pour le(s) faire soigner ou hospitaliser.

Fait à Saint –Pierre d'Entremont, le :

Date, Signature :