MAIRIE DE

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

ENFANTS DOMICILIES EN ISERE □ SAVOIE □ EXT □

FICHE SANITAIRE RESTAURANT SCOLAIRE

Les Parents :

Nom(s),Prénom(s):.....
.....
Adresse:.....
Téléphone Domicile et / ou Portable : …….....
Adresse e-mail : .....

Les Enfants:

Classe :	***Classe :***
Nom Prénom : …….. **……..**	**Nom Prénom : ……..** **……..**
Date de naissance :	**Date de naissance :**
Problèmes médicaux (à compléter ou écrivez « **Néant** ») **……..** **……..** **……..**	**Problèmes médicaux** (à compléter ou écrivez « **Néant** ») **……..** **……..** **……..**
Classe :	***Classe :***
Nom Prénom : …….. **……..**	**Nom Prénom : ……..** **……..**
Date de naissance :	**Date de naissance :**
Problèmes médicaux (à compléter ou écrivez « **Néant** ») **……..** **……** **……..**	**Problèmes médicaux** (à compléter ou écrivez « **Néant** ») **……..** **……..** **……..**
Nom, adresse, téléphone du médecin traitant : (Certificat médical **OBLIGATOIRE)** **……** **……**	
Personnes à prévenir en cas d'urgence	

Nom, Prénom	**Qualité**

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 :**