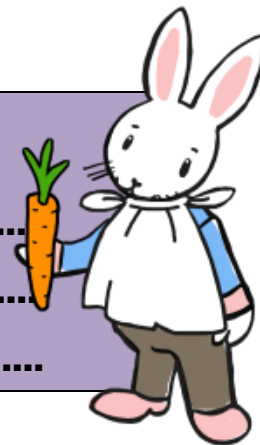


RESTAURATION SCOLAIRE



NOM – PRENOM de l'enfant :

N° d' IDENTIFIANT.....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE.....

- Fréquentation régulière (4 repas semaine)
- Fréquentation occasionnelle

DISPOSITION EN CAS D'URGENCE		
Personne (s) à contacter d'urgence (autres que les responsables légaux)		
Nom	Prénom	☎
Nom	Prénom	☎
Nom	Prénom	☎
REGIME ALIMENTAIRE		
SANS VIANDE	<input type="checkbox"/>	
SANS PORC	<input type="checkbox"/>	
NORMAL	<input type="checkbox"/>	
ALLERGIE ALIMENTAIRE		
Votre enfant est-il sujet à des allergies alimentaires : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		
Si OUI lesquels :		
.....		
CERTIFICAT MEDICAL A JOINDRE OBLIGATOIREMENT		
AUTORISATION PARENTALE		
Je soussigné (e) représentant légal de l'enfant.....		
<ul style="list-style-type: none">• Autorise le personnel municipal à prendre toutes les mesures d'urgences en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement l'hospitalisation.• Certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche et m'engage à communiquer les éventuelles modifications à y apporter.		
A JEUMONT, le.....		
Signature		