

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### RESTAURANT SCOLAIRE 2023 - 2024

NOM de l'enfant.....

Classe..... âge.....

L'enfant est-il allergique : alimentaire  médicamenteuse

Préciser.....

Etant inscrit au Restaurant Municipal, pourriez-vous nous communiquer les adresses et numéros de téléphone des personnes à joindre en cas d'accident durant la pause méridienne (12h00 à 13h30).

NOM - Prénom	Lien de parenté	Téléphone	Adresse mail
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

#### Coordonnées de votre médecin traitant

NOM - Prénom	Adresse	Téléphone
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Je soussigné(e)..... donne pouvoir aux surveillants du Restaurant Municipal pour faire pratiquer tous soins ou interventions en cas d'urgence

#### **Attestation sur l'honneur**

En raison des risques liés aux allergies alimentaires, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire pour assurer la sécurité et couvrir la responsabilité de chacun.

Je soussigné(e).....atteste sur l'honneur que notre enfant.....n'est porteur d'aucune allergie alimentaire connue. Par conséquent, il peut tout à fait accéder au restaurant scolaire et manger tout type de nourriture.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait à.....le.....

