

FICHE D'INSCRIPTION CANTINE ANNEE SCOLAIRE 2018 - 2019

RENSEIGNEMENTS PRATIQUES

Nom, Prénom de l'enfant : _____

Médecin traitant nom et adresse _____

Téléphone _____

Allergies _____

Traitements _____

Vaccinations : BCG DT POLIO ROR

Personnes à contacter en cas d'urgence (nom, prénom, adresse et téléphone) :

Personnes à contacter en cas de retard (nom, prénom, adresse et téléphone) :

Assurance scolaire (Organisme et N° de d'adhérent) :

Je soussigné(e) _____

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur dont un exemplaire m'a été remis et demande qu'en cas d'urgence, tous soins nécessaires à son état soient donnés à mon enfant :

(Intervention chirurgicale, hospitalisation, anesthésie ou autres).

Date :

Signature :