

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

RESTAURATION SCOLAIRE : ANNEE 2011 - 2012

ECOLE : Classe.....


Nom de l'Enfant : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse. :

N° CAF :

Assurance individuelle accident (obligatoire) : MAE ou AUTRE :

	NOM	Prénom	 Numéro à joindre entre 11h30 et 13h20
PERE			
MERE			
AUTRES (préciser le lien)			

Médecin Traitant : Nom :  :

Recommandations des Parents :

.....

La Municipalité prendra toute mesure nécessaire en cas d'accident, qu'il s'agisse du transfert par le service de sécurité ou de l'hospitalisation.

ACCUSE DE RECEPTION

Je soussigné déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des restaurants scolaires, et autorise mes enfants à pratiquer une activité sportive (foot, hand..) lors de l'interclasse. Après avis du médecin traitant, je confirme qu'il ne présente aucune contre indication médicale.

Lu et Approuvé, à La Penne-sur-Huveaune le :

2011

Signature du Responsable légal de l'enfant