

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, OPERATIONS, RÉÉDUCATION), EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... , PRÉCISEZ :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

.....

TEL. FIXE ET PORT. : domicile :

..... / / bureau : /

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du restaurant scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

.....

MAIRIE DE MOUSSY-LE-VIEUX
PLACE MARCEL HATIER
77230 MOUSSY-LE-VIEUX



01.60.03.43.06



01.60.03.46.02