



Madame, Monsieur,

Nous vous informons que le personnel de la restauration scolaire n'est pas habilité et n'est pas autorisé à distribuer les médicaments.

Il pourrait être nécessaire de donner d'urgence à votre enfant des soins qu'exigerait un accident ou une indisposition grave. Afin d'agir à bon escient, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire et compléter l'autorisation jointe :

Renseignements de l'enfant :

	Enfant
NOM / Prénom
Classe
Date de naissance

	RESP 1 /AUTRE	RESP 2 /AUTRE
NOM / Prénom
MAIL		
TEL DOMICILE
TEL PORTABLE (obligatoire)
EMPLOYEUR (Nom et lieu)
TEL PROFESSIONNEL

Allergies connues :

Un PAI (Plan d'Accueil Individualisé) sera demandé pour toutes allergies connues.

Je soussigné(e)

- autorise la personne chargée de l'encadrement de la restauration scolaire à appeler en priorité mon médecin

- Docteur :
- Commune :
- Tél. :

ou en cas de nécessité, un autre médecin, si celui-ci était absent :

- autorise le personnel à le faire transporter dans un centre hospitalier, s'il se trouvait victime d'un accident ou s'il présentait des symptômes graves.
- autorise toute intervention chirurgicale en cas d'urgence absolue.

Date et signature :

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

NOM	Prénom	Lien de parenté	N° de tel mobile	N° de tel domicile
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (sur présentation d'une pièce d'identité) :

NOM	Prénom	Lien de parenté	N° de tel mobile	N° de tel domicile
.....
.....
.....
.....
.....
.....