



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 :**

|                          |               |
|--------------------------|---------------|
|                          | <b>Enfant</b> |
| <b>NOM/ Prénom</b>       | .....         |
| <b>Classe</b>            | .....         |
| <b>Date de naissance</b> | .....         |

|                                   |                      |                      |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
|                                   | <b>RESP 1 /AUTRE</b> | <b>RESP 2 /AUTRE</b> |
| <b>NOM/ Prénom</b>                | .....                | .....                |
| <b>MAIL</b>                       |                      |                      |
| <b>TEL DOMICILE</b>               | .....                | .....                |
| <b>TEL PORTABLE (obligatoire)</b> | .....                | .....                |
| <b>EMPLOYEUR (Nom et lieu)</b>    | .....<br>.....       | .....<br>.....       |
| <b>TEL PROFESSIONNEL</b>          | .....                | .....                |

**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) :



L'enfant doit être pris en charge par une personne majeure : il ne sera pas remis à un mineur, même si celui-ci est nommément désigné sur la fiche d'inscription.

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