

**FICHE URGENCE
RESTAURANT SCOLAIRE**

NOM DE L'ENFANT : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____

CLASSE : _____

Personnes majeures à contacter en cas d'urgence :

NOM	PRÉNOM	ADRESSE	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ

Médecin traitant : _____

Allergies : Alimentaire oui non

si oui lesquelles : _____

Médicamenteuse oui non

si oui lesquelles : _____

Asthme oui non

Autres : _____

Rappel : serviette de table obligatoire du CP au CM2 (à changer chaque semaine)