



FICHE SANITAIRE 2018 - 2019

RESTAURATION SCOLAIRE

Merci de remplir obligatoirement une fiche par enfant

NOM et PRÉNOM de l'enfant :

École fréquentée : Classe :

NOM et PRÉNOM du représentant légal :

Adresse :

Tél fixe : Portable : Travail :

Adresse mail :

NOM et PRÉNOM du 2^{ème} parent :

Adresse :

Tél fixe : Portable : Travail :

Adresse mail (*si différente*):

Garde alternée : oui non

Autres personnes à contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables

| NOM et PRÉNOM | LIEN DE PARENTÉ | TÉLÉPHONE |
|---------------|-----------------|-----------|
| | | |
| | | |

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| L'enfant porte-t-il des lunettes ? | | |
| L'enfant porte-t-il des lentilles ? | | |
| L'enfant porte-t-il des prothèses auditives ? | | |
| L'enfant porte-t-il des prothèses ou appareil dentaires ? | | |
| Allergies alimentaires | | |
| Allergies médicamenteuses | | |
| Asthme | | |

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR : (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....

AUTORISATION

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille, et autorise le personnel encadrant de la cantine à prendre le cas échéant, toutes les mesures (hospitalisation ou consultation médicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

.....

Fait à l'île d'Yeu, le

Signature :