

FICHE DE RENSEIGNEMENTS D'URGENCE MÉDICALE

Pour le personnel de la cantine

Année scolaire 2018/2019

NOM de l'enfant :

PRÉNOM de l'enfant :

ADRESSE :

PERSONNE à prévenir en premier :

NOM :

PRÉNOM :

N° de TEL DOMICILE.

N° de TEL PORTABLE

ADRESSE MAIL des parents : (OBLIGATOIRE)

PERSONNE à prévenir en second :

NOM :

PRÉNOM :

N° de TEL DOMICILE

N° de TEL PORTABLE

ADRESSE DES 2 PARENTS (si différente) :

CONSIGNES PARTICULIÈRES :
(Prescription médicale)

Signature des parents

FICHE DE RENSEIGNEMENTS D'URGENCE MÉDICALE

Pour le personnel de la cantine

Année scolaire 2018/2019

NOM de l'enfant :

PRÉNOM de l'enfant :

ADRESSE :

PERSONNE à prévenir en premier :

NOM :

PRÉNOM :

N° de TEL DOMICILE.

N° de TEL PORTABLE

ADRESSE MAIL des parents : (OBLIGATOIRE)

PERSONNE à prévenir en second :

NOM :

PRÉNOM :

N° de TEL DOMICILE

N° de TEL PORTABLE

ADRESSE DES 2 PARENTS (si différente) :

CONSIGNES PARTICULIÈRES :
(Prescription médicale)

Signature des parents