FICHE URGENCE
RESTAURANT SCOLAIRE

NOM DE L'ENFANT : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____

CLASSE : _____

Personnes majeures à contacter en cas d'urgence :

COORDONNEES DES PARENTS				
NOM	**PRÉNOM**	**ADRESSE**	**TÉLÉPHONE**	**LIEN DE PARENTÉ**

AUTRES PERSONNES A PREVENIR				
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 : _____

Particularités alimentaires : _____

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