

C.L.A.E. -- RESTAURANT SCOLAIRE - C.L.S.H.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

	fant :		Prénom	:		
Personne exer	çant l'autorité parentale:	père	mère	tuteur	(1)	
Adresse:						
Adresse (si diff	férente):		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •			
<u>Profession Par</u> <u>Téléphones</u>	rent 1 :			Travail:		
NOM de la ca N° Contrat + l	ocial du responsable de l'enfantisse de remboursement : NOM et Adresse de la caisse de	rembourser	 nent complém	entaire (mu	ituelle):	
	NOM et Adresse de l'assurance					
	re: CAF ou MSA (1):					
<u>VACCINATIONS</u> : (Fournir le carnet de santé ou les photocopies des pages de vaccination)						
alimentaires,	essous les difficultés éventuelles nous contacter au préalable, ob	oligatoireme 	nt) 			
	contacter en cas d'accident : s					
	······································					
Personnes au	one médecin traitant torisées à récupérer l'enfant ((autres que l	es parents)			
Père, mère, tu A fréquenter l l'extérieur. Je J'autorise la nécessaires à l fièvre supérier Je donne mon Je déclare exa	teur (1) autorise mon fils, ma file CLAE, le restaurant scolaire, déclare avoir pris connaissance directrice du FREP ou le di la sauvegarde de mon enfant (ajure à 38,5°, la 1ère dose de para accord à la parution de son imatet les renseignements portés sur Le.	lle: le CLSH, à et accepter recteur du ppel pompie cétamol en f age (affiche, r cette fiche.	participer aux le règlement in séjour à pren rs ou médecin fonction de sor plaquette, site	activités y ntérieur qui dre toutes) et à admir n poids : , Facebook	compris cel m'a été ren mesures d nistrer à mo	lles se déroulant à nis. 'urgence rendues n enfant en cas de
(1) rayer la ment			Č			