



**COMMUNE DE LA BÂTIE-MONTGASCON
SERVICE RESTAURANT SCOLAIRE**

ENFANT

ENFANT

Nom : Prénom :

Né(e) le : Sexe : Féminin

Lieu de naissance : Masculin

Niveau : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Adresse

Code postal : Commune :

REGIMES / ALLERGIES

➤ Régimes particuliers : *SANS PORC* *ALTERNATIF*

➤ Allergies : avec certificat médical et si besoin élaboration d'un Projet d'Accueil Individualisé

Demande de mise en place d'un PAI : oui non

SANTÉ

Il est de la responsabilité des parents de signaler au service tout problème médical touchant leur enfant.

ALLERGIES :

Alimentaire OUI NON

Précisez :

**L'enfant fait-il l'objet
d'un PAI à l'école ?**

OUI NON

Pour un enfant souffrant d'allergie(s) veuillez prendre contact avec la Directrice de l'école, afin qu'un Projet d'Accueil Individualisé soit éventuellement envisagé.
Sans cela, aucun enfant allergique ne pourra être accepté.

NOM — PRÉNOM — N° DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT

AUTORISATION D'INTERVENTIONS MEDICALES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur responsable légal de mes enfants, autorise tous traitements médicaux, hospitalisations ou interventions chirurgicales rendus nécessaire par l'état de santé de mes enfants. En cas d'urgence, il sera systématiquement fait appel au SAMU ou aux pompiers.

A Le Signature du responsable légal :

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire en contactant le service périscolaire de la Mairie.

Mail : periscolaire@batie-montgascon.com

Date :

Signatures :