

**CANTINE SCOLAIRE 2020-2021**  
**INSCRIPTION DES ENFANTS**

Nom	Prénom	Adresse	N° téléphone obligatoire

Nom, adresse et n° téléphone du médecin traitant :

Allergies connues aux médicaments ou autres :

-  
-  
-

Je, soussigné, ..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements inscrits sur cette fiche et autorise la personne responsable de la cantine scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le  
Signature

**CANTINE SCOLAIRE 2020-2021**  
**INSCRIPTION DES ENFANTS**

Nom	Prénom	Adresse	N° téléphone obligatoire

Nom, adresse et n° téléphone du médecin traitant :

Allergies connues aux médicaments ou autres :

-  
-  
-

Je, soussigné, ..... responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements inscrits sur cette fiche et autorise la personne responsable de la cantine scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le  
Signature