

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON
CANTINE MUNICIPALE DE SAINT-LOUIS 2016/2017**

Remplissez ci-dessous une fiche par famille en précisant l'identité de chaque enfant

NOM :

PRENOM DE CHAQUE ENFANT: 1° 2° 3°

DATE DE NAISSANCE DE CHAQUE ENFANT : 1° 2° 3°

SEXE DE CHAQUE ENFANT : 1° 2° 3°

PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE SUR LE TEMPS DU MIDI :

NOM PRENOM :

TELEPHONE :

NOM, PRENOM, N° DE TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa journée d'école ?

Oui Non Prénom de l'enfant

concerné.....

En cas de prise pendant les heures de présence en cantine, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (emballage d'origine marqué au nom de l'enfant avec la notice)

ALLERGIES :

Asthme (même Léger...) Oui Non Prénom de l'enfant concerné :

Alimentaires Oui Non Prénom de l'enfant concerné :

Cause et recommandation :

Médicamenteuses Oui Non Prénom de l'enfant concerné :

Cause et recommandation :

AUTRES

Intolérance alimentaire :

Sans porc (demande par courrier) Oui Non

Indiquez les problèmes de santé (maladie, accident, crises, convulsives, opération, etc...), les contre-indications ou tout autre information qu'il vous semble utile de signaler, en précisant les dates et les précautions à prendre

.....
.....

Important : le personnel communal n'autorisera pas un enfant malade à suivre son traitement médical à la cantine **sans ordonnance fournie.**

Pour les allergies ou intolérance, fournir obligatoirement un certificat médical ou fournir une photocopie du carnet de santé.

Je soussigné(e) responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de cantine à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :