

# Cantine Scolaire

## AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Nom – Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Ecole et classe Fréquentées:

.....

### Parents ou personnes ayant la responsabilité de l'enfant

	PERE	MERE	AUTRE (famille d'accueil, tuteur)
NOM Prénom			
Adresse			
Code Postal			
Commune			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Téléphone travail			
Adresse mail :			

en cas d'accident de mon enfant, j'autorise par la présente :

- le personnel municipal à faire donner tous les soins et à faire pratiquer toute intervention chirurgicale urgente constatée par un médecin à mon enfant en cas de nécessité.

### Coordonnées du Médecin traitant :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Date du dernier rappel DT Polio :

Allergies médicamenteuses : OUI (précisez) :

NON

**Date et signature du représentant légal :**

Le Grand Lucé, le