

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATION :

DTP :

BCG :

Autres :

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

OBSERVATIONS MEDICALES - REGIMES PARTICULIERS

TRAITEMENT :

L'enfant suit-il un traitement ?

Si oui, lequel ?

DECHARGE PARENTALE :

Je soussigné,
après avoir pris connaissance des conditions générales de fonctionnement des services de cantine et garderie scolaire,
autorise la commune de Ratenelle, représentée par son Maire Sébastien FIERIMONTE, à faire soigner mon enfant et
à faire pratiquer toute intervention d'urgence.

Préférence pour un établissement hospitalier :

Lu et approuvé

Signature des parents ou du responsable de l'enfant :