

FICHE SANITAIRE

Personnes à prévenir en cas d'urgence et d'absence des parents :

1/NOM : Prénom

Qualité :

Tel domicile : tel travail : Mobile :

2/NOM : Prénom

Qualité :

Tel domicile : tel travail : Mobile :

3/NOM : Prénom

Qualité :

Tel domicile : tel travail : Mobile :

Nom du médecin traitant :

Observations médicales – régimes particuliers (joindre la liste des aliments interdits ou une ordonnance médicale):

FACTURATION DES SERVICES PERISCOLAIRES

Coordonnées précises de la ou des personnes à qui seront adressées les factures de cantine et garderie* :

1^{er} débiteur : Mr – Mme – Mr et Mme

NOM..... Prénom.....

Adresse.....

.....

2^{ème} débiteur (en cas de défaillance du 1^{er} débiteur) : Mr – Mme – Mr et Mme

NOM..... Prénom.....

Adresse.....

.....

** la signature des 2 débiteurs est obligatoire*

Je / Nous soussigné(s)....., déclarons avoir lu et pris connaissance du règlement intérieur, des conditions générales de fonctionnement des services de cantine et de garderie périscolaires de la commune de SAUVIGNY-LE-BOIS, et autorisons le Maire à faire appel aux services de soin d'urgences ou au médecin traitant en cas de besoin.

A.....le.....

Signatures des **deux*** parents précédées de la mention « Lu et approuvé »

**sauf sur production d'un jugement*

Inscrit le :

Le Maire,