



**RESTAURANT  
SCOLAIRE**  
2 ROUTE D'ANCENIS  
44330 VALLET

**Fiche médicale**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>	
<b>Parent 1</b>	<b>Parent 2</b>		
<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>

Renseignements médicaux

Maladies

- |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angine     | <input type="checkbox"/> Rougeole   | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Oreillons  | <input type="checkbox"/> Otite      |
| <input type="checkbox"/> Rubéole    | <input type="checkbox"/> Scarlatine |                                     |
| <input type="checkbox"/> Varicelle  |                                     |                                     |

Allergies

- |                                       |                                 |  |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentaires | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Médicamenteuses |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|

Traitement médical

Recommandations utiles des parents

Difficultés de santé

Médecin

Nom

Téléphone

Spécialité

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires, elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné uniquement à l'accueil de votre enfant au restaurant scolaire.