



MAIRIE
3 Place des Ecoles
26470 LA MOTTE CHALANCON
Tél : 04.75.27.20.41 / @ : mairie@lamottechalancon.fr

CANTINE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Je soussigné(e) Mme, M.,

Adresse :

Tél. :

Adresse email :

Responsable(s) de l'enfant :

NOM :

Prénom :

Date de naissance : **Classe :**

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

1. Mme, M. **Tél. :**

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

2. Mme, M. **Tél. :**

Lien de parenté avec le ou les enfant(s) :

Je m'engage à ce que mon enfant respecte les consignes de discipline mais également le personnel d'encadrement et le matériel mis à disposition.

Tout repas commandé est dû.

Le remboursement des repas n'est possible qu'après annulation et ce, 48h à l'avance et pour motif médical.

Il conviendra d'en informer la mairie de La Motte Chalancon

Autorisons la commune de la Motte Chalancon à faire transférer notre enfant à l'hôpital, par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant (Nom, Prénom) :

.....

Fait à **Le**.....

Signature du représentant légal :