



## Restauration Scolaire **2024/2025**

### **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE**

Je soussigné(e)

.....

responsable légal de l'enfant

.....

autorise le médecin à pratiquer toute intervention chirurgicale urgente avec si besoin anesthésie ; il est entendu que le responsable de la cantine communique mes coordonnées au médecin afin de pouvoir me joindre le plus rapidement possible.

A....., le ..... Signature du responsable

---

### **DEMANDE D'AUTORISATION SORTIE DANS LASSIGNY DURANT LA COUPURE MÉRIDIENNE**

Je soussigné(e)

.....

responsable légal de l'enfant

.....

**Autorise - n'autorise pas** \* mon enfant, pendant la période méridienne, à se rendre dans le parc de jeux derrière la salle des fêtes, pour participer à des jeux collectifs en extérieur sous la responsabilité du personnel encadrant

A....., le .....Signature du responsable

\*Rayer la mention inutile