Restauration Scolaire 2025/2026

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