



MAIRIE de DOLLON
72390

RESTAURANT SCOLAIRE DE DOLLON

AUTORISATION D'INTERVENTION

Je soussigné(e) Prénom

Adresse

Représentant légal de l'enfant classe

Nom et prénom de l'enfant

☐ Autorise le personnel du restaurant scolaire de bien vouloir intervenir auprès des secours, en cas d'accident, de le faire hospitaliser ou lui apporter les soins nécessaires entre 12h00 et 13h20 (heures de prise en charge par le personnel du restaurant scolaire).

☐ N'autorise pas le personnel du restaurant scolaire.

Personne à contacter en cas d'urgence entre 12h00 et 13h20 :

Mr ou Mme Tél domicile Tél. travail

Mr ou Mme Tél domicile Tél. travail

Mr ou Mme Tél domicile Tél. travail

Mr ou Mme Tél domicile Tél. travail

☐ J'autorise Mr ou Mme à venir chercher mon enfant au restaurant scolaire.

☐ Je viendrai le chercher au restaurant scolaire.

Atteste que mon enfant :

☐ N'a pas d'allergies alimentaires

☐ A des allergies alimentaires qui nécessite un traitement particulier.

.....

☐ N'a pas de problèmes de santé

☐ A des problèmes de santé (asthme, diabète, autre ...).

.....

Observations :

.....
.....
.....

Nom de votre médecin traitant :

Adresse Tél.

Nom de votre assureur :

Assurance n° de contrat

N° Allocataire CAF : Mail :

Je reconnais avoir été informé(e) que dès que mon enfant aura quitté l'enceinte du restaurant scolaire, il ne sera plus sous la responsabilité juridique de la Mairie mais sous mon entière responsabilité ou une personne habilitée (notée ci-dessus).

Dollon, le
Signature,

Merci de bien vouloir redonner l'autorisation au restaurant scolaire avant le 15 septembre

Année scolaire : ☐ 2025-2026 ☐ 2026-2027 ☐ 2027-2028