



# AUTORISATION PARENTALE

En cas d'accident durant le temps de la cantine, veuillez remplir l'attestation ci dessous

Nom et prénom de Monsieur

Nom et prénom de Madame

.....

.....

AUTORISONS

Toute hospitalisation et toute intervention chirurgicale dont mon ou mes enfants nommé(s)ci-dessous pourrai(ent) avoir besoin dans le cas où nous serions absents :

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Coordonnées de **LA PERSONNE A JOINDRE EN PRIORITE** en cas d'accident (parents, grands-parents, nourrice..)

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

***Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur (mis en ligne sur le site internet de la commune) de la cantine) et nous engageons à le respecter et à le faire respecter par notre (nos) enfant(s).***

Fait à ..... le : .....

Signatures

du père

de la mère