

ENFANT concerné :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ECOLE :

RESTAURATION SCOLAIRE

OUI NON

RENOUVELLEMENT PAI POUR 2022/2023

OUI

NON

Si OUI : MODIFICATIONS ?

OUI

NON



Si modifications compléter ci-dessous:

Conduite à tenir / médicament / posologie (joindre l'ordonnance)

Date / Identification / Signature du médecin traitant :

Dates et Signatures	Année scolaire :	Ecole :
	Parents ou responsables légaux	Directeur / Directrice d'école
	Périscolaire :	Enseignant(e)
	Médecin scolaire :	