

**FORMULAIRE MEDICAL RESTAURATION  
2019/2020**

Cat & Mouth étant soucieux d'accueillir votre enfant dans de bonnes conditions, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire. Cat & Mouth ne prendra en compte que les allergies alimentaires attestées **par un rapport médical**.

*La société se dégage de toute responsabilité quant aux préjudices subis par un enfant par suite d'une réaction résultant d'une allergie alimentaire non signalée.*

**NOM :**..... **Prénom :**..... **Classe :**.....

**Adresse :** ..... **Tél. :**.....

.....

**QUESTIONNAIRE-SANTÉ**

\* Votre enfant souffre-t-il d'allergies alimentaires ou autre ?      Oui       Non   
Lesquelles ? \_\_\_\_\_

\* Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?      Oui       Non

\* Votre enfant souffre-t-il de maladie(s) particulière(s) ?      Oui       Non

\* Est-ce que votre enfant est sous traitement médicamenteux prescrit par un médecin ?      Oui       Non

**Si oui, vous devez informer l'infirmier du CPF**

Restrictions particulières ou autres informations pertinentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_