

CANTINE DE CLERMONT-EN-GENEVOIS
ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

Nom : -----

Prénom : -----

Classe : -----

Adresse : -----

Assurance responsabilité civile :

Téléphone (où vous joindre entre 11h30 et 13h15):

ALLERGIES ET INTERDICTIONS:

MEDECIN TRAITANT (nom, adresse, n° de téléphone) :
