

# INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL

M. et Mme (nom et prénom) : \_\_\_\_\_

Adresse précise : \_\_\_\_\_

Téléphone : portable : \_\_\_\_\_ domicile : \_\_\_\_\_

Employeur (nom, adresse et téléphone) de :

Monsieur : \_\_\_\_\_

Madame : \_\_\_\_\_

Personne à prévenir en cas d'accident ou de maladie (nom et téléphone) de 11 h 30 à 13 h 20 : \_\_\_\_\_

Inscrivent leur (s) enfant (s) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Ecole	Classe

Au restaurant scolaire à partir du : \_\_\_\_\_

Jusqu'au : \_\_\_\_\_

régulièrement en précisant les jours de présence :

lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi

(mettre une croix dans les jours correspondant)

occasionnellement :

Médecin traitant ( nom, adresse et téléphone) : \_\_\_\_\_

Régime alimentaire particulier, allergies : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir en cas de problèmes: \_\_\_\_\_

Assurance extra-scolaire: \_\_\_\_\_

Certifie (nt) avoir pris connaissance du règlement du restaurant scolaire ci-annexé et en accepte (nt) les termes.

Les Rousses, le \_\_\_\_\_  
Signature,

**Seuls les enfants dont les familles sont à jour dans le paiement de leurs factures seront inscrits au restaurant scolaire.**