

FICHE de RENSEIGNEMENT pour RESTAURANT SCOLAIRE

A rendre impérativement remplie et signée lors de l'inscription

1.- Enfants inscrits

| Nom de l'enfant | Prénom de l'enfant | Classe en septembre |
|-----------------|--------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2.- Coordonnées du représentant légal

| | |
|-----------------|-------------------|
| NOM et Prénom | |
| Adresse | |
| Tél. domicile : | Tél professionnel |
| Tél. portable : | |
| Courriel : | |

3.- Choix du menu

Avec viande

Sans viande

Le choix est réalisé pour la totalité de l'année scolaire sans possibilité de changement.

4.- En cas d'accident grave

En cas d'accident grave nécessitant une hospitalisation, les pompiers seront obligatoirement contactés

| |
|--|
| Médecin traitant |
| Allergies ou autres observation à porter à la connaissance du corps médical |

Je soussigné(e) père/mère ou représentant légal de(s) enfant(s)
ci-dessus nommés :

- donne autorisation, par la présente, de prodiguer ou faire prodiguer tous les soins nécessaires et interventions chirurgicales à mon (mes) enfant(s), si l'urgence de la situation l'exige.
- déclare avoir reçu, lu et approuvé, le règlement intérieur du restaurant scolaire.

A

le

Signature