

RESTAURATION SCOLAIRE

Fiche d'inscription annuelle

Cantine à compter du

L'ENFANT

Nom	Date de naissance
Prénom	
	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de l'école	Classe

RESERVATION REPAS

Votre enfant prendra-t-il ses repas à des jours fixes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si oui précisez lesquels	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi
Votre enfant prendra-t-il ses repas de manière irrégulière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le mercredi, votre enfant fréquentera le centre de loisirs et mangera à la cantine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
L'inscription se fait le LUNDI : 8h-12h et 13h30-17h30 //15 JOURS AVANT au 05.65.43.87.04	

PERSONNES A CONTACTER ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom et Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone
	père	
	mère	

INFORMATIONS EVENTUELLES

Régime sans porc	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
En cas d'allergies alimentaires : aliments interdits selon avis médical *	

EN CAS DE PROBLEME DE SANTE OU ACCIDENT

Je soussigné, _____ autorise le personnel encadrant, en cas de problème de santé ou d'accident à appeler un médecin ou à faire procéder à un transport à l'hôpital,

Fait à _____ le _____

Signature des responsables légaux

* Si votre enfant souffre d'allergies alimentaires ou que votre médecin préconise des aménagements à la cantine scolaire pour un problème de santé, des médicaments à administrer en cas d'urgence, un projet d'accueil individualisé (PAI) devra être réalisé avec le médecin scolaire, Vous devez lui fournir un bilan allergologique ou un bilan médical en début d'année scolaire. Centre médico scolaire: 05.65.43.17.44