

FICHE D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

Année scolaire sept 2016 / juill 2017

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"/> mercredi	<input type="checkbox"/> jeudi	<input type="checkbox"/> vendredi
Si votre enfant mange le mercredi, restera t-il au centre de loisirs? (3-12 ans)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Parfois		
Si votre enfant mange le mercredi, restera t-il à la capirole (2-4 ans)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> Parfois		
Votre enfant prendra-t-il ses repas de manière irrégulière ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
L'inscription se fait avant le LUNDI (8h-12h / 13h30-17h30) 15 JOURS AVANT . Tél 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 joint *		

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