

INSCRIPTION A LA CANTINE SCOLAIRE

A compléter obligatoirement par les familles et à remettre à l'agent référent du restaurant scolaire

ENFANT(S) et FREQUENTATION DU SERVICE

NOM	Prénom	Classe	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel (*)

(*) Une feuille vous sera remise chaque fin de semaine afin d'y indiquer les jours de présence de votre enfant pour la semaine suivante.

Tout changement devra impérativement être signalé à la responsable de cantine.

AUTORITÉ PARENTALE

* Les informations de ces encadrés sont obligatoires pour la prise en compte de l'inscription de votre (vos) enfant(s)

Le soussigné : *	Autre parent : *
☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :	☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance * : .../.../..... à	Date de naissance * : .../.../..... à
Adresse :	Adresse :
.....	
☎ Domicile :	☎ Domicile :
☎ Portable :	☎ Portable :
Adresse email :	Adresse email :
Nom de l'employeur :	Nom de l'employeur :
☎ Professionnel :	☎ Professionnel :
Téléphone obligatoire où le service Éducation peut vous joindre en cas de besoin	Téléphone obligatoire où le service Éducation peut vous joindre en cas de besoin

Numéro d'allocataire CAF/MSA/Autre caisse (rayer la mention inutile)

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom : Prénom :

☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

☐ Mon/mes enfant(s)..... ne présente(nt) aucune allergie.

☐ Mon/mes enfant(s) est /sont allergiques(s) aux aliments suivants :

Un certificat médical doit être fourni et un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) doit être élaboré préalablement à l'accueil de l'enfant à la cantine scolaire.

Nous, soussignés :

- reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et en acceptons les modalités,
- autorisons le gestionnaire de la cantine à administrer les premiers soins à mon/mes enfant(s) et à le/les faire transporter à l'hôpital en cas d'urgence.

Date et signatures