

Enfant 2

Nom et prénom :

Ecole :..... Maternelle Primaire

Classe :.....

Fréquentation hebdomadaire : oui non

Si non, précisez les jours où l'enfant restera manger :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

L'enfant est il allergique ? : oui non

Si oui, joindre le certificat médical

Doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? : oui non

Si oui, précisez lequel :

.....
.....

Enfant 3

Nom et prénom :

Ecole :..... Maternelle Primaire

Classe :.....

Fréquentation hebdomadaire : oui non

Si non, précisez les jours où l'enfant restera manger :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

L'enfant est il allergique ? : oui non

Si oui, joindre le certificat médical

Doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? : oui non

Si oui, précisez lequel :

.....
.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Indiquer un numéro où la personne à prévenir est joignable entre 11h30 et 13h30

Nom et Prénom : ☎ : | | | | | | | | | |

Nom et Prénom : ☎ : | | | | | | | | | |

Nom et Prénom : ☎ : | | | | | | | | | |

Nom du médecin de famille :

..... ☎ : | | | | | | | | | |

ENGAGEMENT DES PARENTS

- J'autorise les personnes responsables du restaurant scolaire à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas de maladie ou d'accident de mon enfant (appel du médecin, SAMU, pompiers, hospitalisation)
- Je déclare avoir pris connaissance des règles de la restauration scolaire jointes à la présente fiche d'inscription et m'engage à les respecter
- Je déclare exactes toutes les informations portées sur la présente fiche d'inscription

Date et signature