

MONTAIGNAC ST HIPPOLYTE RESTAURANT SCOLAIRE

FICHE D'INSCRIPTION 2017-2018

Demandeur : NOM :
Prénom :
Adresse :
..... Téléphone

Agissant en qualité de père – mère – parent exerçant l'autorité parentale – tuteur (1) demande l'inscription de mon enfant au restaurant scolaire

ENFANT : NOM :
Prénom :
Né le :/...../..... à
Domicile :
.....
Classe :

Pour les jours suivants :

Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Je soussigné, déclare que l'enfant ci-dessus porte – ne porte pas (1) de lunettes.
J'autorise la responsable du restaurant scolaire à prendre pour moi les mesures d'urgence qu'elle estimera nécessaires.

→ Personne à prévenir en cas d'urgence :
Nom : Prénom :
Domicile :
Téléphone : Téléphone travail :
→ Nom de votre médecin traitant :
→ Problèmes particuliers de l'enfant à signaler :

Fait à, le
Signature

Je soussigné
Déclare avoir pris connaissance et avoir approuvé le règlement du restaurant scolaire.

Fait à, le
Signature

(1) rayer les mentions inutiles