

Fiche d'inscription

Restaurant scolaire

Novembre 2019

Renseignements concernant l'enfant

NOM : Prénom :

Sexe : F M

Date de naissance :/...../.....

Elémentaire

Maternelle

Classe : Nom de l'enseignant(e) :

L'enfant a-t-il des difficultés de santé, des allergies alimentaires ? OUI NON

Si OUI, précautions à prendre :

Calendrier

LUNDI 2 DECEMBRE

LUNDI 9 DECEMBRE

MARDI 3 DECEMBRE

MARDI 10 DECEMBRE

JEUDI 5 DECEMBRE

JEUDI 12 DECEMBRE

VENDREDI 6 DECEMBRE

VENDREDI 13 DECEMBRE

LUNDI 16 DECEMBRE


MARDI 17 DECEMBRE

JEUDI 19 DECEMBRE

VENDREDI 20 DECEMBRE

Déclaration et autorisations du responsable légal

NOM et Prénom du responsable légal de l'enfant :

 / /
Domicile Portable Bureau

Adresse mail :@.....

Je soussigné(e)atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire et y adhérer sans réserve.

Facturation

Personne(s) à facturer : Famille Père Mère Autre :

Adresse postale :

.....

Fait à Soual, le

Toute modification qui interviendrait à la suite de la remise de ce formulaire d'inscription devra être adressée à la Directrice de l'ALAE, par sms exclusivement, au 06 12 80 08 39