

# Fiche d'inscription

## Restaurant scolaire

### Octobre 2018

---

#### 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 1 OCTOBRE

LUNDI 8 OCTOBRE

MARDI 2 OCTOBRE

MARDI 9 OCTOBRE

JEUDI 4 OCTOBRE

JEUDI 11 OCTOBRE

VENDREDI 5 OCTOBRE

VENDREDI 12 OCTOBRE

LUNDI 15 OCTOBRE

MARDI 16 OCTOBRE

JEUDI 18 OCTOBRE

VENDREDI 19 OCTOBRE

## Déclaration et autorisations du responsable légal

NOM et Prénom du responsable légal de l'enfant : .....



..... /

..... /

.....

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***