

Fiche d'inscription

Restaurant scolaire

Octobre 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 7 OCTOBRE

LUNDI 14 OCTOBRE

MARDI 8 OCTOBRE

MARDI 15 OCTOBRE

JEUDI 10 OCTOBRE

JEUDI 17 OCTOBRE

VENDREDI 11 OCTOBRE

VENDREDI 18 OCTOBRE

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