FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

2024-2025

SIVOM FAVEROLLES-LES PINTHIÈRES

L'ENFANT **Classe : .....**

Nom et prénom de l'enfant : .....

Date et lieu de naissance : ..... Sexe : M☐ F☐

RESPONSABLE LÉGAL 1	**RESPONSABLE LÉGAL 2**
Madame ou Monsieur	Madame ou Monsieur
Nom de naissance :.....	Nom de naissance : .....
Nom d'usage :.....	Nom d'usage : .....
Prénom :..... né(e)le	Prénom :..... né(e)le .....
Profession :.....	Profession :.....
Domicile :.....	Domicile :.....
.....	.....
Ville :..... Code postal :	Ville :..... Code postal : .....
Tél. fixe :	Tél. fixe : .....
Tél portable :	Tél portable : .....
Adresse mail :	Adresse mail : .....
En cas d'urgence :.....	En cas d'urgence :.....
Autre n° téléphone :	Autre n° téléphone :.....

Allergies alimentaires :.....

PAI mis en place : oui non

CHOIX DU CALENDRIER

Jour(s) de présence souhaité(s) :
- ☐ Lundi
- ☐ Mardi
- ☐ Jeudi
- ☐ Vendredi

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire.

Je m'engage à payer ma ou mes factures dans les délais.

Je signalerai toute modification pouvant intervenir au cours de l'année scolaire (adresse, situation familiale…)

J'autorise le personnel du restaurant scolaire à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident grave (médecin, transport à l'hôpital…).

Date :	**Responsable légal 1** **Mention « Lu et approuvé » et signature**	**Responsable légal 2** **Mention « Lu et approuvé » et signature**