

RESTAURATION SCOLAIRE

ANNEE 2017-2018

PS
 MS
 GS
 CP
 CE1
 CE2
 CM1
 CM2

<u>L'ENFANT</u>	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Lieu de naissance :

RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Situation Familiale :

Marié
 Vie Maritale
 Divorcé
 Veuf(ve)
 Célibataire

PERE => date de naissance :	MERE => date de naissance :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Domicile :	Domicile :
Code Postal : Ville :	Code Postal : Ville :
N° CAF (obligatoire) :	N° CAF (obligatoire) :
Tél Fixe :	Tél Fixe :
Tél Portable :	Tél Portable :
E-mail :	E-mail :
Tél Travail :	Tél Travail :

En cas de séparation, la facture devra être envoyée : Père Mère

Remarque importante : les renseignements ci-dessus et particulièrement les coordonnées téléphoniques doivent être toujours à jour. **Toute modification devra être portée à la connaissance du service cantine périscolaire (Mairie) immédiatement.** Dans le cas contraire la commune décline toute responsabilité en cas d'impossibilité de contacter les parents ou toute autre personne désignée.

PLANNING PREVISIONNEL RESTAURATION SCOLAIRE

Jour(s) de présence :			
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Jeudi **	<input type="checkbox"/> Vendredi
Allergie(s) connue(s) à signaler :			
<i>(Joindre certificat médical obligatoirement)</i>			
Je soussigné(e), certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage par la présente à respecter ledit règlement.			

** la restauration scolaire est réservée aux enfants inscrits aux N.A.P le jeudi après-midi.

A

Le

Signatures des parents ou du tuteur légal

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nom et n° de téléphone d'une personne pouvant être contactée en cas d'absence des parents :

.....

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Autorisation parentale :

Je soussigné(e), autorise le responsable, en cas d'accident grave survenant à mon enfant, à prendre toutes les mesures d'urgence qu'il estimera nécessaire.

Attestation des parents non domiciliés à Callian

Je soussigné(e), certifie par la présente qu'en cas d'exclusion temporaire de mon enfant de la restauration scolaire de Callian, m'engage à venir le récupérer pour l'heure du repas.

A

Le

Signatures des parents ou du tuteur légal