

Je soussigné-e (nom-prénom) :
agissant en qualité de Père Mère Autre (préciser) :
demande l'inscription de mon/mes enfant/s à la restauration scolaire de Thérine.

➤ **ENFANT(S) à inscrire :**

Nom : Prénom :
Date naissance : Classe : Ecole :
Allergie alimentaire :
Projet Accueil Individualisé : Oui Non
Régime alimentaire : Sans viande Sans porc Sans gluten Sans lactose
 Autre (préciser) :

Nom : Prénom :
Date naissance : Classe : Ecole :
Allergie alimentaire :
Projet Accueil Individualisé : Oui Non
Régime alimentaire : Sans viande Sans porc Sans gluten Sans lactose
 Autre (préciser) :

Nom : Prénom :
Date naissance : Classe : Ecole :
Allergie alimentaire :
Projet Accueil Individualisé : Oui Non
Régime alimentaire : Sans viande Sans porc Sans gluten Sans lactose
 Autre (préciser) :

➤ **INSCRIPTION RÉGULIÈRE À L'ANNÉE :** cocher les jours fixes de présences de votre/vos enfant/s
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

➤ **INSCRIPTION OCCASIONNELLE :**

Prévenir **au plus tard la veille du jour du repas et avant 9h00**, l'agent de restauration en appelant au **03.60.05.78.64** (répondeur salle)

➤ **DOCUMENTS À FOURNIR :**

- Fiche de renseignements annuelle
- Fiche sanitaire (une par enfant) et photocopie des vaccinations
- Moyens de paiement
- Justificatif d'assurance extrascolaire, responsabilité civile
- Relevé d'identité bancaire des responsables financiers si prélèvement

Nous reconnaissons avoir pris connaissance et acceptons le règlement intérieur et la charte de bonne conduite de la restauration scolaire. Nous nous engageons à payer les repas commandés et à décommander en cas d'absence, le repas 48h00 à l'avance, sinon nous le payons (sauf justificatif médical).

Date : / / Signature :