

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 :