



Tél : 03.85.85.50.50  
Service cuisine centrale  
03.85.85.32.73

# FICHE D'INSCRIPTION DES RESTAURANTS SCOLAIRES

ANNEE SCOLAIRE 2011 /2012

## ENFANT

NOM : .....

Prénoms : .....

Nom de l'instituteur (trice) : .....

Date de naissance : ...../...../.....

**ECOLE FREQUENTEE :**

Primaire Jean Macé    Primaire Pasteur    Primaire les bruyères  
 CP    CE1    CE2    CM1    CM2    CLISS

---

Maternelle Pasteur    Maternelle Beaulon  
 Maternelle Bruyères    Maternelle Gachères  
 Petite Section    Moyenne Section    Grande section

### INSCRIPTION AU FORFAIT :

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/> N°1 de septembre à Toussaint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> N°2 de Toussaint à Noël	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> N°3 de Noël à Hiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> N°4 de Hiver à Printemps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> N°5 de Printemps à Ete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### OBSERVATIONS

### ELEMENTS DIVERS

L'enfant a un régime alimentaire particulier :

Repas sans porc    Autre(s) - Précisez.....

L'enfant a des allergies

Précisez..... (un certificat d'un allergologue sera exigé, le service de restauration prendra éventuellement contact avec les familles pour la prise en compte ou non du régime particulier)

L'enfant a des dégoûts pour un aliment.....

(L'équipe d'encadrement fera en sorte que chaque enfant goûte de tout, sauf pour les aliments provoquant un dégoût)

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP ..... Ville : .....

Domicile..... Portable..... Travail.....

N° Sécurité Sociale : .....

Nom Mutuelle : ..... N° Mutuelle: .....

### Personnes à prévenir en cas d'urgence autre que les parents :

Nom.....Prénom..... Tél : .....

Nom.....Prénom..... Tél : .....

Adresse de facturation (si différente du responsable) : .....

### Pour mon enfant fréquentant le restaurant scolaire :

- Je m'engage à souscrire une police d'assurance dommage et responsabilité civile
- Je donne l'autorisation de faire pratiquer tout geste médical ou chirurgical en cas d'urgence et les organismes sociaux prendront en charge les premiers frais médicaux.
- Je m'engage à signaler tout problème d'allergies et à fournir les documents médicaux nécessaires
- Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.
- Je m'engage à prendre connaissance du règlement des restaurants scolaires.

Gueugnon, le

Signature  
Mention Manuscrite « lu et approuvé »