

ENFANTS

	1^{er} enfant	2^{ème} enfant	3^{ème} enfant
NOM			
Prénom			
Date de naissance			
Ecole			
Classe 2019/2020			
Allergies			

Fournir un certificat médical, et le protocole de l'allergologue (PAI) pour les allergies.

PARENTS

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. fixe		
Tél. portable		
E-mail		
Nom et adresse employeur		
Numéro de tél. travail		
Si vous souhaitez recevoir une facture électronique, merci de renseigner une adresse mail		
Adresse complète de facturation (Pour les parents concernés, spécifier les semaines paires et impaires)		

N° allocataire CAF ou MSA.....
 Assurance et N° de contrat en responsabilité civile (Fournir une attestation) :.....
 Nom et N° de téléphone du médecin traitant :.....

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents):

Nom Prénom :..... ☎ :.....

En cas d'urgence, j'autorise le personnel responsable à prendre toutes les mesures (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom : ☎

Nom Prénom : ☎

Nom Prénom : ☎

J'accuse réception des règlements intérieurs de la cantine, de l'ALAE et de l'ALSH.

Date

Signature Père

Signature Mère

Inscription régulière annuelle

A remettre **à la cantine**

Ecole de

NOM	PRENOM	Ecrivez ci-dessous : « Prendra la totalité des repas » ou « Prendra les repas tous les (inscrire le ou les jours) »

✂

Inscription occasionnelle

A remettre **15 jours avant, dans la boîte aux lettres cantine** (Coupon à photocopier)

Ecole de

NOM	PRENOM	DATES

Téléphoner **IMPERATIVEMENT** au **RESPONSABLE CANTINE** pour :

- . Les annulations,
- . Les inscriptions supplémentaires
- . Enfant malade
- . Discipline
-

Cf. coordonnées dans le Règlement Intérieur.

Date :

Signature :