



# RESTAURANT SCOLAIRE

## Fiche de renseignements

*Ce questionnaire est à remettre au responsable du restaurant scolaire, au Point I ou en Mairie, avant le premier jour de fréquentation.*

NOM de l'enfant .....	Prénom.....
Date & lieu de naissance .....	Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>
Classe .....	Nom de l'enseignant(e) .....

Nom, prénom du (des) responsable(s) légal (légaux) : .....	Nom, prénom du (des) responsable(s) légal (légaux) : .....
Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Qualité : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Adresse : .....	Adresse : .....
Téléphone domicile : .....	Téléphone domicile : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Adresse Courriel : .....	Adresse Courriel : .....
Situation familiale : Célibataires <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/>	Pacsés <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcés/séparés <input type="checkbox"/>
Nom et adresse de l'employeur : .....	Nom et adresse de l'employeur : .....
N° de téléphone : .....	N° de téléphone : .....

Nom et prénom de l'allocataire (CAF MSA ou autre) .....	N° d'allocataire .....
---	------------------------

Frère(s) et/ou sœur(s) fréquentant l'école :	Nom / prénom	Année de naissance
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Régime alimentaire : tous aliments  sans porc

Est-il allergique à certains aliments ? .....

Si oui, quels aliments lui sont interdits ? .....

**Dans ce cas, fournir un certificat médical de l'allergologue. A défaut de non présentation d'un certificat médical, l'enfant ne pourra être admis au restaurant scolaire.**

Personne à joindre en cas de nécessité si les parents sont absents (téléphone indispensable)

M..... Qualité..... ☎ .....

M..... Qualité..... ☎ .....

Nom du médecin traitant : ..... ☎ .....

Adresse : .....

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant..... autorise le responsable du restaurant scolaire à prendre en cas de maladie ou d'accident toutes les mesures d'urgence.

Date : ..... Signature : .....

Le(s) responsable(s) de l'enfant désigné ci-dessus déclare(nt) exacts les renseignements portés sur la présente fiche. Il(s) s'engage(nt) à faire connaître au responsable du restaurant scolaire les modifications à venir concernant les renseignements donnés ci-dessus.

Date : ..... Signature : .....

Le(s) responsable(s) de l'enfant désigné ci-dessus déclare(nt) avoir pris connaissance du règlement du restaurant scolaire et s'engage(nt) à le respecter.

Date : ..... Signature : .....