

**RESTAURATION SCOLAIRE**  
**RENSEIGNEMENTS pour l'année scolaire 2024-2025**

---

Enfant : NOM ..... Prénom .....

Ecole ..... Classe : ..... Nom de l'enseignant : .....

Déjeunera à la cantine scolaire les jours suivants:

- pendant toute l'année scolaire :  lundi  mardi  jeudi  vendredi
- ponctuellement :  **⚠ Pour les absences ! pensez à décocher sur l' «espace famille » 72 heures avant**

**Facturation à :**

NOM ..... Prénom.....

Adresse .....

Mail : .....

**Coordonnées téléphoniques :**

Père : ...../...../...../...../..... mail : .....

Mère : ...../...../...../...../..... mail : .....

**Téléphone des autres personnes à contacter si les parents sont indisponibles :**

Nom et prénom : ..... Téléphone :...../...../...../...../.....

Nom et prénom : ..... Téléphone :...../...../...../...../.....

**Personnes habilitées à venir chercher l'enfant :**

Nom et prénom : ..... Téléphone :...../...../...../...../.....

Nom et prénom : ..... Téléphone :...../...../...../...../.....

En cas de maladie ou d'accident à la cantine, nous vous demandons de bien vouloir nous indiquer

Le nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin traitant :

.....  
.....

Signaler si l'enfant a un problème médical imposant certaines contraintes :

.....  
Est-il concerné par un Projet d'Accueil Individualisé ?  oui  non

Je soussigné.....(père ou mère de l'enfant/responsable légal) autorise que mon enfant soit soigné, ou subisse une opération sous anesthésie ou générale.

**Je certifie avoir lu et accepté le règlement intérieur de la restauration scolaire.**

Fait à ..... Le : ..... Signature

**FOURNIR IMPERATIVEMENT UNE ATTESTATION D'ASSURANCE DE RESPONSABILITE  
CIVILE POUR LA RENTREE SCOLAIRE.**