

RESTAURANT SCOLAIRE

Fiche de renseignements

Ce questionnaire est à remettre au responsable du restaurant scolaire, 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 <input type="checkbox"/> sans porc <input type="checkbox"/>
Est-il allergique à certains aliments ?
Si oui, quels aliments lui sont interdits ?
Dans ce cas fournir un certificat médical de l'allergologue, à 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 :