



INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE  
ANNEE 2017/2018

**Nom du responsable :** ..... **Prénom :** .....

**Qualité :**  Père  Mère  Famille d'accueil  Tuteur (trice)

**Adresse :** .....  
.....

**Tél domicile :** ..... **Tél portable :** .....

**Adresse e-mail (personnelle)**.....

**Situation familiale :**  marié(e)  concubinage  divorcé(e)  séparé  célibataire\*

**Profession :** ..... **Tél professionnel :** .....

**Adresse de l'employeur :** .....  
.....

**Adresse e-mail (professionnelle)**.....

**!/\** Le responsable sera le seul destinataire des factures

**Nom du conjoint :** ..... **Prénom :** .....

**Tél portable :** ..... **Adresse e-mail :** .....

**Adresse (si garde alternée de l'enfant) :** .....  
.....

**Profession :** ..... **Tél professionnel :** .....

**Adresse de l'employeur :** .....  
.....

**Adresse e-mail (professionnelle)**.....

Personne à contacter en cas de problème si les parents sont absents (**téléphone indispensable**).  
Indiquer de préférence les coordonnées de personnes proches géographiquement.  
**Attention : signaler tout changement de numéro de téléphone (fixe ou mobile)**

**M**.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter  personne autorisée à récupérer l'enfant \*

**M**.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter  personne autorisée à récupérer l'enfant \*

**M**.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter  personne autorisée à récupérer l'enfant \*

**M**.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter  personne autorisée à récupérer l'enfant \*

**M**.....**Tél** :.....Lien de parenté :.....

Personne à contacter  personne autorisée à récupérer l'enfant \*

\* Cocher la case correspondante

Date :

Signatures :

# AUTORISATION PARENTALE (OBLIGATOIRE)

Afin de faire soigner, opérer l'enfant en cas d'urgence

Je soussigné(e) (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Responsable légal en qualité de père, mère, tuteur (\*) donne l'autorisation de faire soigner, opérer,

Enfant (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Enfant (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Enfant (NOM) :.....(PRENOM) :.....

Agé(e) de .....ans Agé(e) de .....ans Agé(e) de .....ans

Et de faire pratiquer les anesthésies générales ou locales pour les soins durant son hospitalisation, et m'engage à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation incombant à la famille.

DATE :.....Signature précédée de la mention : « lu et approuvé »

(\*) Rayer la mention inutile

Noter ici toutes les informations que vous jugez utile à propos de votre (vos) enfant(s) :