

Attention : Ce formulaire vaut RECEPISSE d'ACCEPTATION du Règlement de la Restauration Scolaire

Je m'engage à lire le règlement, à le respecter, à le faire respecter par mes enfants et à régler les factures du restaurant scolaire dans les délais impartis.

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	CLASSE	PRESTATIONS	REGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT
1er Enfant				Entourer les jours souhaités	A cocher
				L M J V	Tous aliments : <input type="checkbox"/>
					Sans porc : <input type="checkbox"/>
2ème Enfant				Entourer les jours souhaités	A cocher
				L M J V	Tous aliments : <input type="checkbox"/>
					Sans porc : <input type="checkbox"/>
3ème Enfant				Entourer les jours souhaités	A cocher
				L M J V	Tous aliments : <input type="checkbox"/>
					Sans porc : <input type="checkbox"/>

*** En cas d'allergie alimentaire :** l'inscription de l'enfant sera valable sous réserve de présenter un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), élaboré par le Médecin de PMI (si l'enfant est âgé de moins de 6 ans) ou le Médecin Scolaire (si l'enfant est âgé de plus de 6 ans).

En cas de grève de l'enseignant et mise en place du service minimum d'accueil, pour l'année scolaire 2017/2018, votre enfant mangera à la cantine : OUI (Le repas sera automatiquement facturé) NON (Le repas sera automatiquement déduit).

En cas d'école le mercredi toute la journée, votre enfant mangera à la cantine ?

OUI NON

DATE DE DEPOT :

HEURE DE DEPOT :

SIGNATURES :