

**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 ou autre problème de santé :** 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). Dans l'attente de l'établissement du PAI, merci de fournir un certificat médical du médecin traitant avec les recommandations à suivre.

**En cas de grève de l'enseignant et mise en place du service minimum d'accueil, pour l'année scolaire 2018/2019, votre enfant mangera à la cantine :**  OUI (Le repas sera automatiquement facturé)  NON (Le repas sera automatiquement déduit).

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

OUI  NON

**DATE DE DEPOT :**

**HEURE DE DEPOT :**

**SIGNATURES :**