

**BULLETIN D'INSCRIPTION
CANTINE SCOLAIRE
2014-2015**

Nom, Prénom et Adresse du représentant légal:

.....

Tél. du représentant légal:

Tél. en cas d'urgence :

Nom et adresse du médecin de famille:

Nom et Prénom(s) de(s) l'enfant(s) :

Lieu de scolarisation

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

Allergies : oui non

Si oui :

(biffer ce qui ne convient pas)

Médicaments : oui non

Si oui :

(biffer ce qui ne convient pas)

FRÉQUENTATION

Petit déjeuner Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Cantine midi Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Goûter Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Signature du représentant légal :

.....

Serais disponible pour une éventuelle surveillance des repas de 12h00 à 14h00

Le lundi Le mardi le jeudi le vendredi

1x par semaine 1x par mois à dates fixes en remplacement

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone :