



- Médecin traitant : Nom ; Adresse  
Téléphone :
- Groupe sanguin : Allergies :

## SORTIE

Personne autorisée à récupérer l'enfant éventuellement à la sortie :

Père –  Mère –  Tuteur -  Autre : .....

Si autre :

- NOM : PRENOM :
- Adresse :
- Téléphone Domicile : Professionnel :  
Portable :

## ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie d'assurance :

N° Police :

Attestation à joindre à la fiche de renseignement.

## FREQUENCE INSCRIPTION

L'enfant mangera au restaurant scolaire à compter du : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

- Occasionnellement
- Régulièrement :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Menu sans viande :  Oui  Non

## FACTURATION

Merci d'indiquer impérativement l'adresse mail du destinataire des factures.

Adresse mail :

**Mode de règlement :**

- Chèque à l'ordre du Trésor public
- Espèces directement au Trésor public
- Prélèvement (joindre un RIB + contrat signé)
- Paiement en ligne

Fait le :

Signature