



# RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL

## Année scolaire 2020/2021

Ecole :  du Rocher  
 Saint Gildas

Nombre d'enfants fréquentant  
le restaurant scolaire municipal :

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant 1	NOM :		Prénom :		<b>INSCRIPTION</b>
	Date de naissance :		Classe :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Enfant 2	NOM :		Ecole :		<b>INSCRIPTION</b>
	Date de naissance :		Classe :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Enfant 3	NOM :		Ecole :		<b>INSCRIPTION</b>
	Date de naissance :		Classe :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Enfant 4	NOM :		Ecole :		<b>INSCRIPTION</b>
	Date de naissance :		Classe :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### RESPONSABLES LÉGAUX

NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... .....	NOM : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... .....
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal <input type="checkbox"/>
<b>Personnel</b>	<b>Personnel</b>
☎ ..... ☎ ..... @ .....	☎ ..... ☎ ..... @ .....
<b>Professionnel</b>	<b>Professionnel</b>
☎ ..... ☎ ..... @ .....	☎ ..... ☎ ..... @ .....


Personnes à prévenir si parents non joignables (NOM et n° de téléphone) :

.....

.....

.....

<p>Votre (vos) enfant(s) a(ont)-t-il des allergies, intolérance alimentaire, asthme... ?</p> <p>Prénom enfant 1 : .....</p> <p>Prénom enfant 2 : .....</p> <p>Prénom enfant 3 : .....</p> <p>Prénom enfant 4 : .....</p>	<p><i>(si OUI joindre ordonnance du médecin + photo de l'enfant et prendre un rendez-vous avec le responsable)</i></p> <p><input type="checkbox"/> OUI                      <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI                      <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI                      <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> OUI                      <input type="checkbox"/> NON</p> <p><input type="checkbox"/> <b>trousse avec médicaments et étiqueté au nom de l'enfant + photo à remettre avant la rentrée</b></p>
--	---

<p><b>NOM du médecin traitant :</b></p> <p> du médecin</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Recommandations particulières (lunettes, lentilles, prothèse auditive ou dentaire)</b></p> <p>Prénom enfant 1 : .....</p> <p>Prénom enfant 2 : .....</p> <p>Prénom enfant 3 : .....</p> <p>Prénom enfant 4 : .....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Fait à ....., le .../.../2020

signature des parents ou du responsable légal