

**RESTAURATION SCOLAIRE 2020/2021**

<b>INFORMATIONS</b>	Nom de l'enfant : _____
	Prénom de l'enfant : _____
	Date de naissance : ____/____/____ Sexe : M    F
	Classe : _____
	Adresse : _____
	Code postal : _____ Ville _____
	Observations particulières : allergie, régime alimentaire, etc...
	_____
	_____
	Nom et prénom du responsable 1 : _____
N° tél : ____/____/____/____/____	
Nom et prénom du responsable légal 2 : _____	
N° tél : ____/____/____/____/____	

Cochez les jours réservés :

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

Je soussigné (e)\*, NOM : ..... Prénom : .....

\*Responsable légal

- Autorise le personnel encadrant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident
- Autorise si son état le nécessite son transfert vers un hôpital
- A l'occasion d'articles sur le bulletin municipal, dans la presse locale, affichage et sur le site internet, j'autorise les responsables à diffuser les photos sur lesquelles mon enfant apparaît.
- Je suis informé que l'inscription est effectuée et est valable pour l'année scolaire 2020/2021.
- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire municipal.

Grisolles, le ...../...../.....

Signature obligatoire