

# INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE DE VIRIAT

<u>FAMILLE</u>	PERE	MERE
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tel domicile		
Tel mobile		
Téléphone travail		

En cas d'adresses différentes, merci de préciser à qui doit être envoyée la facture : PERE MERE  
(Rayer la mention inutile)

Autres personnes à contacter en cas de problèmes pendant le temps méridien (11h30/13h30), autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom ..... Tel .....

Nom/Prénom ..... Tel .....

LES ENFANTS FREQUENTANT LE RESTAURANT SCOLAIRE ECOLE ST JOSEPH   
ECOLE PUBLIQUE

NOM	Prénom	date naissance	classe	MODE INSCRIPTION CHOISI (1)				HEBDO
				INSCRIPTION ANNUELLE				
				L	M	J	V	

(1) cocher en se referant au courrier joint

Repas particulier  SANS PORC (le porc sera systématiquement remplacé au niveau du menu)

**REGIME PARTICULIER** (allergie alimentaire, diabète...)

La famille prendra rendez vous avec le service (04 74 25 16 45) pour définir le régime et les modalités d'accueil.  
Aucun repas particulier ne sera mis en place sans cette rencontre, un certificat médical détaillé devra être fourni.

Enfant concerné : .....

Médecin traitant : Nom.....Tel.....

En cas d'urgence, je souhaite que mon enfant soit conduit  À l'hôpital Fleyriat  À la clinique Convert

Autorisations diverses (cocher les cases d'autorisation données)

Je soussigné, Nom et Prénom du responsable légal .....

- Atteste avoir pris connaissance de l'organisation du service restaurant scolaire
- Autorise le service à filmer ou photographier mes enfants dans le cadre des activités périscolaires
- Autorise l'utilisation Internet de l'image de mon enfant dans le cadre des activités périscolaires
- Autorise la personne responsable du service à prendre toutes les mesures d'urgence pour la sauvegarde de mes enfants

**Signature des parents**