

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU SERVICE DE RESTAURATION SCOLAIRE

Note de l'administration

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE _____

CLASSE _____

ABONNEMENT A LA RESTAURATION SCOLAIRE

septembre	octobre	novembre	décembre	janvier	TARIFS	
						Forfait annuel : 350.000 F Paiement trimestriel A l'inscription 70.000 F Avant le 30 octobre 105.000F Avant le 30 janvier 105.000F Avant le 30 avril 70.000 F Paiement mensuel au plus tard le premier jour du mois 35.000F Lot de 5 tickets repas 10.000F
février	mars	avril	mai	juin		

L'ELEVE A T-IL DES ALLERGIES ALIMENTAIRES?

OUI		NON	
-----	--	-----	--

SI OUI LESQUEL? (fournir un certificat médical)

Menu spécial demandé*

**un menu spécial nécessite des aménagements spécifiques et peut entraîner des couts supplémentaires*

INFORMATIONS SUR LE MEDECIN TRAITANT	
NOM _____	LOCALISATION _____
NUMEROS DE TELEPHONE _____	

NOM ET CONTACT DES PARENTS _____

AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE _____

Nom et signature des parents

Document à remettre à l'administration de la cantine