

**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	
						<b>Forfait annuel : 350.000 F</b>  <b>Paiement trimestriel</b> 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  <b>Lot de 5 tickets repas 10.000F</b>
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*

<b>INFORMATIONS SUR LE MEDECIN TRAITANT</b>	
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