MAIRIE DE THEYS

04 76 71 05 47

fiche d'inscription au service de restauration scolaire

Nom et prénom de l'enfant	
Classe de l'enfant	

personnes pouvant être appelées RAPIDEMENT en cas d'accident entre 11 h 45 et 13 h 30

nom	**n° de téléphone personnel**	**n° de téléphone au travail/portable**
père :		
mère :		

allergies (alimentaires et/ou médicamenteuses)

régime alimentaire particulier

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier ? oui ☐ non ☐
Si oui, lequel ?
……

Nom et n° de téléphone du médecin de famille …	

Je soussigné (e), mère, père de l'enfant …….…….. autorise le responsable du service ou son représentant mandaté, à faire pratiquer tous les soins et interventions en cas d'urgence (médecin – hospitalisation).
J'autorise les services communaux à utiliser les photos ou vidéos sur lesquelles peut apparaître mon enfant
oui ☐ non ☐
Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du service et m'engage à m'y conformer dans son intégralité. Le règlement intérieur a été lu par mon enfant.

Fait à Theys
le
(signature)