

# RESTAURANT SCOLAIRE

## DEMANDE D'INSCRIPTION - 2021/2022

Je soussigné(e), NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

demande l'inscription de (ou des) enfant(s) :

NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	ALLERGIE ALIMENTAIRE <i>(joindre le certificat délivré par le médecin allergologue)</i>	REPAS VÉGÉTARIENS	REPAS STANDARDS	ÉCOLE	CLASSE	FRÉQUENTATION DU RESTAURANT <i>Cochez les cases des jours, uniquement si ils seront les mêmes toute l'année *</i>			
							LUN.	MAR.	JEU.	VEN.
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* SI LE PLANNING VARIE, LES RÉSERVATIONS SERONT À EFFECTER SELON LES DÉLAIS, DEPUIS VOTRE ESPACE FAMILLE.

Votre (vos) enfant(s) mangera(ont)-t-il(s) au restaurant scolaire le jour de la rentrée ? : **OUI**  **NON**

### RENSEIGNEMENTS

RESPONSABLE LÉGAL	NOM PRÉNOM	ADRESSE	MAIL	TELEPHONE DOMICILE	TELEPHONE PORTABLE	EMPLOYEUR	
						DÉNOMINATION	TÉLÉPHONE
MÈRE							
PÈRE							
AUTRES <i>(à préciser)</i>							

Pièces à fournir : - avis d'imposition **2020** (sur les revenus **2019**) pour le calcul du quotient familial ;  
- attestation de l'employeur ou dernier bulletin de salaire (pour justifier de votre emploi).

J'ai bien noté que l'inscription au restaurant scolaire vaut approbation du règlement et contractualise les réservations.

Portes-lès-Valence, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :