

COMMUNE DE VILLEFRANCOEUR
2 RUE DE LA MAIRIE
TEL : 02.54.20.17.61
Mail : mairie.villefrancoeur@orange.fr
Site : www.villefrancoeur.com

Fiche à retourner Avec :

- Copie carte d'identité des 2 responsables
- Copie attestation CAF
- RIB si règlement par prélèvement

INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE VILLEFRANCOEUR **FICHE SANITAIRE 2024-2025**

Nom et prénom de l'enfant :

Classe :

RESPONSABLE 1 :

Nom et prénom :

Adresse :

Facturation (*1 case à cocher*)

N° tél. domicile :

N° tél. portable :

N° tél. professionnel :

Mail :

RESPONSABLE 2:

Nom et prénom :

Adresse :

Facturation

N° tél. domicile :

N° tél. portable :

N° tél. professionnel :

Mail :

Autres numéros en cas d'urgence.

| NOM PRENOM | ADRESSE | VILLE | N°TEL |
|------------|---------|-------|-------|
| | | | |
| | | | |

En aucun cas, la responsabilité du personnel affecté à ce service n'est engagée si l'enfant est pris en charge par les personnes désignées.

Médecin de Famille (Adresse et coordonnées) :

Lieu d'hospitalisation (Adresse et coordonnées):

Allergies oui non

Nom de l'allergie

Aucun médicament ne sera administré au restaurant scolaire, sauf dans le cadre d'un P.A.I.

Existe-t-il un P.A.I. oui non

Si oui, fournir le certificat médical.

Autres informations, aménagements spécifiques

Date :

Signature :