



FICHE DE RESERVATION FAMILLE AU RESTAURANT SCOLAIRE

Année Scolaire 2017-2018

COORDONNEES DES PARENTS

PERSONNE PRENANT EN CHARGE LA FACTURATION

Nom :	Adresse :
Prénom :	Ville :Code Postal :
Situation familiale	Téléphone mobile :
Célibataire	Téléphone fixe :
Concubinage	Téléphone professionnel :
Marié ou pacsé	E.mail :
Séparé, divorcé ou veuf	

Nom :	Adresse :
Prénom :	Ville :Code Postal :
Situation familiale	Téléphone mobile :
Célibataire	Téléphone fixe :
Concubinage	Téléphone professionnel :
Marié ou pacsé	E.mail :
Séparé, divorcé ou veuf	

Veillez cocher dans le tableau ci-dessous les jours de la semaine où votre enfant déjeunera à la cantine. Les jours que vous cochez seront valables pour toute l'année, mais modifiables **le mardi précédant la semaine de réservation.**

NOM	PRENOM	ECOLE/CLASSE	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

REGIMES PARTICULIERS* : SANS VIANDE Allergie nécessitant un PAI**

Inscription : mensuelle annuelle

*seuls les régimes sans viande et la PAI font l'objet d'un plat de substitution

*pour les inscriptions mensuelles remplir la fiche

** PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : afin de permettre l'accueil des enfants souffrant d'allergies alimentaires, il est nécessaire d'établir un PAI en lien avec l'école, un médecin scolaire ou traitant et la restauration scolaire.

Les enfants peuvent manger occasionnellement au restaurant scolaire. Pour cela il suffit de prévenir le service scolaire 3 jours avant la date du repas.

Votre enfant déjeunera-t-il le jour de la rentrée des classes : OUI NON

TARIFS APPLIQUES AU 1^{er} septembre 2017 (délibération n° 17/11- conseil municipal du 9 février 2017)

Enfant : 3.00 €

Repas Occasionnel enfant : 3.50 €

Adulte (enseignant : COMMUNAL) : 5.50 €

Intervenant Extérieur :10.00 €

La pause méridienne

En cas d'absence des parents, personne à prévenir en priorité en cas d'accident :

- NOM PRENOM :Tel :

Lien de parenté:Adresse.....Ville.....

- NOM PRENOM :Tel :

Lien de parenté:Adresse.....Ville.....

Veillez cocher les cases de votre choix :

- Je joins la fiche d'inscription complétée
- Je joins la fiche de liaison sanitaire et copie des vaccinations
- Je joins l'assurance scolaire
- Je joins un justificatif de domicile de moins de 3 mois (EDF,EAU,TEL)

Date :

Signature (Règlement Intérieur lu et approuvé) :



VILLE DE SALBRIS

Fiche de réservation mensuelle pour les repas en restauration scolaire.

A remettre au service scolaire 10 jours avant la fin du mois précédent la réservation. Ce document servira de base pour la facturation.

MOIS DE SEPTEMBRE

LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
4	5	7	8
11	12	14	15
18	19	21	22
25	26	28	29

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

ECOLE :

CLASSE :

Signature ou nom du responsable de l'enfant

- Cocher les dates retenues



Année scolaire 2017-2018

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin de l'année scolaire

Cette fiche sera valable pour toutes les activités TAP-Restaurant scolaire- ALSH-Péri scolaire

ENFANT :

Nom : Prénom :.....

Date de naissance :..... Fille Garçon

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI NON

Si oui lequel ?

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		
Scarlatine		
Coqueluche		
Otite		
Rougeole		
Oreillons		

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON

ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRES :.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :.....

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires,.....

Précisez :.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :..... Prénom.....

Adresse :.....

Téléphone fixe :.....Téléphone Portable :.....

Téléphone travail :.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :..... Prénom.....

Adresse :.....

Téléphone fixe :.....Téléphone Portable :.....

Téléphone travail :.....

Nom du Médecin

Téléphone du médecin

Je soussigné

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :