

**RESTAURANT SCOLAIRE  
DE VEUREY VOROIZE  
ANNEE SCOLAIRE 20..- 20..**

**Fiche d'inscription**

NOM :.....Prénom :.....

ADRESSE:.....

Téléphone : .....

N° Allocataire CAF :..... Lieu de travail :.....

Adresse mail :.....

J'inscris mon (mes) enfant (s) :

- ..... Classe :.....
- ..... Classe :.....
- ..... Classe :.....

(1)  Chaque semaine scolaire à dater du .....

Les LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

Une révision de ces jours pourra être faite en cours d'année si besoin est, pour cela se conformer au point (3) du règlement intérieur : inscription, annulation.

(1)  de façon irrégulière ou intermittente

En cas d'urgence, les responsables du restaurant scolaire peuvent contacter

PERE

N° tel :

N° tel :

MERE

N° tel :

N° tel :

AUTRES PERSONNES

N° tel :

N° tel :

En cas de nécessité de soins d'urgence, j'autorise les représentants du restaurant scolaire à contacter le médecin de garde de VEUREY-VOROIZE. Si une hospitalisation s'avérait nécessaire, préciser éventuellement l'établissement hospitalier de votre choix.....

A VEUREY-VOROIZE le

Signature