



Inscription à la restauration scolaire

Renseignements concernant le ou les enfants fréquentant le cycle primaire

NOM – Prénom	Date de naissance	Cours fréquenté	Observations Allergies – Régime alimentaire ...

MERCI DE NOUS SIGNALER TOUT REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE, ALLERGIES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

PERE

Nom :
Prénom :
Rue : n° :
Ville :
Code postal :
Tél. domicile :
Tél. travail :
Tél. entre 11 H 30 et 13 H 30 :

MERE

Nom :
Prénom :
Rue : n° :
Ville :
Code postal :
Tél. domicile :
Tél. travail :
Tél. entre 11 H 30 et 13 H 30 :

Adresse électronique :

Employeur : Employeur :

* Autres personnes à contacter si nécessaire (coordonnées) :

.....
.....

Nom du médecin traitant :
Adresse :
Tél. :

Nom de la compagnie d'assurance :

Adresse :

N° de contrat :



Inscription à la restauration scolaire

2/2

N° allocataire C.A.F. :

Les parents soussignés, autorisent la Ville de Dieulouard à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident survenu lors de la fréquentation du restaurant scolaire par leur(s) enfant(s).

Afin d'éviter toute erreur lors d'un éventuel contact téléphonique, nous vous remercions de bien vouloir inscrire lisiblement les numéros de téléphone mis à notre disposition.