

Renseignement concernant la familleReprésentant légal Mr Mme Melle

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Commune _____

Numéro de téléphone Fixe _____

Portable _____

Adresse mail : _____ @ _____

- J'inscris mon / mes enfant(s) à la cantine de Cambernon pour l'année scolaire 2015/2016
- Je n'inscris pas

Renseignements concernant les enfants

Merci de compléter le tableau concernant vos enfants scolarisés à Cambernon et de mettre une croix afin de renseigner les jours où ils mangeront à la cantine.

En cas d'allergie alimentaire, merci de fournir un certificat médical attestant de cette allergie ou de cette intolérance.

| Nom | Prénom | Classe | Enseignant | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|-------|-------|-------|----------|
| Enfant 1 | | | | | | | |
| Allergie alimentaire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> Non | A quel aliment ? | | | | |
| Enfant 2 | | | | | | | |
| Allergie alimentaire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> Non | A quel aliment ? | | | | |
| Enfant 3 | | | | | | | |
| Allergie alimentaire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> Non | A quel aliment ? | | | | |
| Enfant 4 | | | | | | | |
| Allergie alimentaire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> Non | A quel aliment ? | | | | |
| Enfant 5 | | | | | | | |
| Allergie alimentaire ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> Non | A quel aliment ? | | | | |

Le prix du repas est fixé à 3,15 € pour l'année scolaire 2015 /2016

Fait à : _____ Signatures des parents :

Le : _____