



Tél. 05.46.37.01.35  
Fax : 05.46.37.15.00  
accueil@verines.fr

## INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE ECOLE LUCILE DESMOULINS VERINES ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

**L'inscription au restaurant scolaire vaut acceptation du règlement intérieur en annexe**

NOM et Prénom de l'enfant .....

Date de naissance..... Classe.....

### PERSONNE CHARGEE DU PAIEMENT

NOM et Prénom.....

ADRESSE.....

ADRESSE MAIL .....

**Je désire inscrire mon enfant : cocher la case correspondante**

- ☐ tous les jours
- ☐ certains jours de la semaine (à préciser) : ☐ Lundi ☐ Mardi  
☐ Jeudi ☐ Vendredi
- ☐ occasionnellement

**NB :** Pour les repas dits « occasionnels », les parents seront tenus de le signaler une semaine à l'avance.

**Cochez-la ou les cases utiles (plusieurs réponses possibles) :**

- ☐ Mon enfant est allergique : j'effectue les démarches nécessaires avant le 31 août 2026 (voir article 11 du règlement ci-joint)
- ☐ Contre-indication alimentaire : mon enfant ne mange pas viande de porc (voir article 13 du règlement ci-joint)

**N° de téléphone** où l'on peut vous joindre entre 12H00 et 13H50 (**pensez à nous signaler tout changement de numéro de téléphone en cours d'année**)

• Parent 1

• Parent 2

Nom et Prénom :  
Téléphone fixe :  
Téléphone portable :  
Mail :

Nom et Prénom :  
Téléphone fixe :  
Téléphone portable :  
Mail :

**Je soussigné(e)**..... responsable de l'enfant, autorise les services municipaux à confier mon enfant en cas d'urgence, aux services médicaux adaptés après avis du SAMU ou des Pompiers.

**Date**

**Signature**