



COMMUNE DE NOMAIN

RESTAURANT SCOLAIRE

N° tel : 03.20.61.65.85

Fiche de renseignements

Année 2020 / 2021

Nom de famille / Prénom des parents :

Adresse* :

N° Téléphone* :

Email pour la réception de la facture :

La facture vous sera envoyée par mail

Nom et N° adhérent caf ou Msa* :

Pour les enfants en garde alternée, merci de nous indiquer le planning de garde pour la facturation

*information obligatoire

classe	Prénom	Date de naissance	Allergies alimentaires ou médicamenteuses	Si oui, lesquelles
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Personnes à prévenir (dans l'ordre de préférence) et /ou autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom / prénom	Lien avec le(s) enfant(s)	N° de téléphone

Informations complémentaires

N°. Sécurité Sociale rattaché aux enfants :

Les enfants sont-ils couverts par une assurance individuelle : oui non

Si oui, coordonnées de cette compagnie avec le N° de police :

.....

Si non, N° de police et assurance des parents :

.....

Remarques particulières :

.....

.....

Le

Signature du représentant légal