

Commune  
De  
VIGLAIN



Tél. : 02.38.37.20.15  
Fax : 02.38.37.22.68  
viglain@wanadoo.fr

# COMMUNE DE VIGLAIN

## RESTAURANT SCOLAIRE

### ANNEE 2024 - 2025

#### INSCRIPTION AUX REPAS A RETOURNER EN MAIRIE

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

#### Parents ou représentant légal de l'enfant :

NOM(s) et prénom(s) : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Tél. fixe :

Tél port. du père :

Tél travail :

Mail :

de la mère :

Allergies alimentaires connues de l'enfant : *(☞ Joindre le justificatif médical)*

\_\_\_\_\_

N° d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_ (à compléter impérativement)

J'inscris mon enfant au restaurant scolaire à compter du : \_\_\_\_\_

à titre exceptionnel

Il sera présent :  
\* tous les lundis  
\* tous les mardis  
\* tous les jeudis  
\* tous les vendredis  
\* autres ... (à préciser)

\* merci d'entourer le ou les choix correspondants.

Je m'engage à prévenir la mairie en cas de modification ou d'absence.  
Je m'engage avoir pris connaissance du règlement de la pause méridienne.

Je m'engage à régler le prix des repas dès réception de la facture.

Date

Signature des parents