

Commune de Pommiers

Restaurant scolaire de Pommiers / Portail ROPACH - Année 2026/2027

Fiche de renseignements à compléter + joindre le justificatif d'assurance RC et individuelle

A retourner par mail ou dans la boîte aux lettres du restaurant scolaire avant le 19 juin 2026

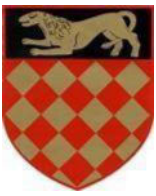
Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
CP :	CP :
Ville :	Ville :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Mobile :	Mobile :
Email :@.....	Email :@.....
Profession :	Profession :

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :	Nom :	Nom :
Sexe : M F	Sexe : M F	Sexe : M F	Sexe : M F
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Classe :	Classe :	Classe :	Classe :

Personnes à contacter en cas d'urgence			
Ordre	Nom	Prénom	Téléphone
1			
2			

Autorisation d'utilisation d'image dans le cadre du restaurant scolaire

J'autorise la commune de Pommiers gestionnaire du restaurant scolaire où mon enfant déjeune, à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre du restaurant scolaire à reproduire et diffuser ces images sur tout support de communication institutionnelle (liste non exhaustive : bulletin municipal, Pommiers Infos, site Internet, page Facebook...)



Commune de Pommiers

Observations – Allergie(s), asthme à signaler au restaurant scolaire de Pommiers

Où

toute autre information nous permettant de bien prendre en charge votre (vos) enfants(s) durant le temps cantine.

Nous vous rappelons qu'en cas d'allergie(s), asthme, un P.A.I. devra être obligatoirement signé entre toutes les parties et un trousseau de médicaments adéquats impérativement déposé au restaurant scolaire.

Enfant 1

Nom/Prénom

Classe

Observations – Allergie(s)- Asthme :

.....

.....

.....

Enfant 2

Nom/Prénom

Classe

Observations – Allergie(s)- Asthme :

.....

.....

.....

Enfant 3

Nom/Prénom

Classe

Observations – Allergie(s)- Asthme :

.....

.....

.....

Enfant 4

Nom/Prénom

Classe

Observations – Allergie(s)- Asthme :

.....

.....

.....

.....

Fait à le

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2