Commune de Saint-Nicolas-de-Redon
Restauration scolaire de l'Herbinerie
Fiche de renseignement 2026-2027

À RETOURNER EN MAIRIE

ENFANT :

NOM : .....

PRENOM : .....

NÉ(E) LE : ..... **A** .....

SA CLASSE : .....

PARENTS :

Parent 1 / Représentant légal

NOM : .....
Nom de Naissance si différent : .....
PRENOM : .....
DATE et LIEU DE NAISSANCE (obligatoire) :
Le .....
à .....
ADRESSE : .....
CP – COMMUNE : .....
☎ **Travail (facultatif) :** .....
☎ **Domicile (facultatif) :** .....
Portable : .....

Adresse mail à communiquer (obligatoire)
.....

Parent 2 / Représentant légal

NOM : .....
Nom de Naissance si différent : .....
PRENOM : .....
DATE et LIEU DE NAISSANCE (obligatoire) :
Le .....
à .....
ADRESSE : .....
CP – COMMUNE : .....
☎ **Travail (facultatif) :** .....
☎ **Domicile (facultatif) :** .....
Portable : .....

Adresse mail à communiquer (facultatif)
.....

Autres personnes à prévenir en cas d'empêchement des parents :

NOM - PRENOM : ..... **Lien avec l'enfant**.....
Son ☎ : ..... ☐Autorisé.e à venir chercher l'enfant

NOM – PRENOM : ..... **Lien avec l'enfant**.....
Son ☎ : ..... ☐ Autorisé.e à venir chercher l'enfant

Informations utiles sur la santé de l'enfant

☐ Asthme ☐ Allergie Alimentaire ☐PAI ☐Régime alimentaire ☐Autre

Précision : ..... - *Merci de fournir le justificatif si présent*

En cas d'hospitalisation, votre enfant sera pris en charge par le Centre Hospitalier de Redon

☐ ***Je reconnais avoir lu le règlement de la cantine scolaire qui m'a été fourni lors de l'inscription et m'engage à le respecter***

Signatures des parents :

Les données collectées dans le cadre de ce formulaire sont exclusivement utilisées par les agents municipaux pour la gestion du service de restauration scolaire.