



**RESTAURANTS SCOLAIRES DE SAINT GENIS LAVAL  
ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025**

**MERCI DE REMPLIR UNE FICHE PAR FAMILLE  
A RETOURNER EN MAIRIE, à l'Accueil Familles & Solidarité**

J'autorise toutes mesures d'urgence après avis médical, y compris l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale (maladie ou accident).

Je certifie sur l'honneur que mon enfant est couvert pour tout risque pouvant survenir pendant la période méridienne.

Je m'engage à fournir au gestionnaire du restaurant toute modification utile (personne à prévenir, numéro de téléphone, adresse...) ou remarque susceptible d'améliorer la communication avec lui.

**Régime particulier :**

- Repas sans porc : menu de substitution
- Repas sans viande : menu de substitution
- Allergie Alimentaire et/ou problème de santé  
**(obligation de constituer un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) et contacter le service enseignement au 04 78 86 82 59)**

**DROIT A L'IMAGE :**

o autorise la Ville de Saint-Genis-Laval à photographier et/ou filmer mon enfant pour publication ou diffusion dans ses différents supports de communication (magazine municipal "Saint-Genis-Infos", site internet, newsletter, réseaux sociaux de la Ville, relations presse) sans contrepartie financière.

o n'autorise aucune photographie ni film.

Fait à Saint Genis Laval, le :

**SIGNATURE :**

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

**Rappel : FOURNIR AVIS D'IMPOSITION 2023 SUR LES REVENUS 2022**

	Nom de l'enfant	Prénom	Date de naissance	École fréquentée
1				
2				
3				
4				

**FRÉQUENTATION (Cocher la case correspondante)**

Tous les jours

Régulièrement (merci de préciser le ou les jours ci-dessous) :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

Occasionnellement

**PÈRE :**

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

Adresse : .....

Tel. Travail ..... Tél. Portable .....

.....@.....

**MÈRE :**

**NOM:** ..... **PRÉNOM :** .....

Adresse:.....

Tél. Travail ..... Tél. Portable .....

.....@ .....

**Adresse de facturation:**

.....  
.....

Personne autre que les parents à prévenir en cas d'accident :

**NOM** ..... Tél. Domicile.....

Tél. Travail ..... Tél. Portable .....