

# DÉCHARGE

## ANNÉE SCOLAIRE 20 /20

RESTAURANT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ PAR L'ENFANT : .....

MATERNELLE

ÉLÉMENTAIRE

Jours de fréquentation :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

**Tout repas régime commandé et non décommandé 3 jours avant la date prévue de consommation sera débité par la Société de Restauration.  
La livraison du repas régime sera suspendue en cas de défaut de paiement et réactivée après un délai de 3 jours à compter de la régularisation.**

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

**NOM (MAJUSCULE) :** .....

**Prénom :** .....

**Adresse :** .....

N° téléphone professionnel : ..... N° téléphone personnel : .....

**Suite à ma demande de régime attestée par certificat médical ci-joint, je déclare décharger la Ville de Marseille et la Société de Restauration de toutes responsabilités dans le cas où mon enfant :**

**NOM (MAJUSCULE) :** .....

**Prénom :** .....

**Viendrait à ingérer une denrée autre que celles contenues dans son repas régime et qui lui est interdite.**

**Je reconnais être informé(e) que mon enfant sera accueilli dans le réfectoire de l'école dans les mêmes conditions que les autres enfants sans bénéficier d'une surveillance individualisée.**

Date :

Signature : *(précédé de la mention «lu et approuvé»)*

## CONSIGNES IMPÉRATIVES

En application de la circulaire 99-181 publiée au B.O. De l'Éducation Nationale de la Recherche et de la Technologie n°41 du 18/11/1999, je suis tenu(e) de fournir à mon enfant une trousse d'urgence comportant les médicaments à prendre en cas de malaise. Je m'engage à déposer auprès du Responsable de Restaurant la trousse d'urgence le protocole de soins et l'ordonnance. Il m'appartient de noter les dates de péremption des médicaments et de pourvoir à leur remplacement immédiat

**En cas de non respect des consignes, je prend bonne note du fait que mon enfant sera automatiquement et immédiatement exclu de la cantine**

Date :

Signature : *(précédé de la mention «lu et approuvé»)*