



**ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE 4 ANS  
À LA RESTAURATION SCOLAIRE**

**SOUS RÉSERVE DE SCOLARISATION À TEMPS PLEIN**

**ENFANT**

NOM .....

PRENOM .....

NE(E) LE ..... /..... /.....

ECOLE FREQUENTEE .....

CLASSE .....

**PARENTS**

NOM .....

PRENOM .....

ADRESSE .....

.....

.....

Les enfants déjeunent avec l'aide de l'ATSEM. Cependant, une certaine autonomie est nécessaire pour le bon déroulement du repas.

**A l'inscription, un temps d'adaptation de 15 jours est accordé à votre enfant.**

Si la fréquentation se passe dans de bonnes conditions, l'inscription devient définitive pour l'année scolaire.

Dans le cas contraire, et pour le bien-être de votre enfant, vous devrez prendre d'autres dispositions concernant votre enfant.

Date : ..... /..... /.....

Signature :