

CANTINE SCOLAIRE DE CUARNENS

Formulaire d'inscription de l'élève

Nom de l'élève :			
Prénom :			
Adresse :			
NPA/Localité :			
Date de naissance :			
Scolarisé à :		(ASICOVV)	
Classe :		de Mme/M. :	
Jours souhaités :	☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi		
Fille/Fils de :			
Joignable par téléphone au :			
Adresse e-mail :			
N° IBAN :			
Allergie au gluten :	☐ Oui ☐ Non		
Allergie au lactose :	☐ Oui ☐ Non		
Autre allergie :			

L'inscription vaut acceptation du règlement de la cantine scolaire.

AUTORISATION COMMUNALE

L'élève susmentionné est autorisé à recevoir les prestations de la cantine scolaire de Cuarnens pour l'année scolaire **2025-2026**