

BULLETIN D'INSCRIPTION (A retourner à la Mairie)

Je m'inscris au service du portage de repas. J'ai pris connaissance du règlement intérieur et je m'engage à le respecter.

NOM :Prénom :

Adresse :

Tél domicile :Tél portable :

Contacts (famille ou proches) :

Cas particuliers des allergènes alimentaires :

Selon le Règlement n°1169/2011 qui rassemble l'ensemble des **obligations concernant l'information du consommateur** sur les denrées alimentaires, ci-dessous la liste de 14

N°	Allergènes alimentaires	Etes-vous allergique ? ^(*)
1	Céréales contenant du gluten	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2	Crustacés et produits à base de crustacés	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3	Oeufs et produits à base d'oeufs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4	Poissons et produits à base de poissons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5	Arachides et produits à base d'arachide	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6	Soja et produits à base de soja	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7	Lait et produits à base de lait (y compris de lactose)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Fruits à coques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Céleri et produits à base de céleri	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Moutarde et produits à base de moutarde	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Graines de sésame	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12	Anhydride sulfureux et sulfites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13	Lupin et produits à base de lupin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14	Mollusques et produits à base de mollusques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

substances provoquant des allergies ou intolérances :

Tableau à compléter (cocher la case correspondante **Oui** ou **Non**) :

(*) Important : Ne sont prises en compte que les allergies avérées , c'est-à-dire faisant l'objet d'une prescription médicale

Fait à Montastruc le :

Signature

CALENDRIER D'INSCRIPTION

MOIS :

Année :

Nom, prénom :
Adresse:
Tél :

Contacts (parents ou proches) : Noms, prénoms + tél
--

Jour	Date	Nombre de Repas
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		
vendredi		
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		
vendredi		
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		
vendredi		
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		
vendredi		
lundi		
mardi		
mercredi		
jeudi		
vendredi		
Nombre total de repas commandés		

Pain :

oui / non (rayer la mention inutile)

