

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

<b>Nom, prénom :</b>
<b>Adresse:</b>
<b>Tél :</b>

<b>Contacts (parents ou proches) :</b> 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		
<b>Nombre total de repas commandés</b>		

Pain :

oui / non (rayer la mention inutile)

