

Demande d'inscription au repas et à l'étude de midi

L'élève

Nom : ----- Prénom : -----
Classe : ----- Titulaire : -----

Les parents soussignés

Nom : ----- Prénom : -----
Adresse : ----- Localité : -----
Téléphone : -----
Lieu et date : ----- Signature : -----

Veillez cocher la-les case-s correspondante-s au-x repas pris pendant la semaine

lundi mardi jeudi vendredi



Aux parents et aux titulaires

1. Le prix du repas est de 10 fr. Les bons de repas s'achètent à la cantine ou auprès de la commune (où ils sont parfois subventionnés) et sont remis à la personne responsable.
2.
 - Les inscriptions se font pour toute l'année scolaire.
 - Les élèves inscrits ont l'obligation de manger à la cantine et de suivre l'étude surveillée au bâtiment des Collines.
 - Les demandes de congé sont exceptionnelles et justifiées. Elles sont à adresser à la direction par l'intermédiaire du secrétariat **au moins 1 semaine à l'avance.**
 - Les élèves étant sous notre responsabilité, ils ne sortent pas du périmètre de l'école.
3. Les élèves d'Arbaz, Grimisuat et Mont-Noble sont prioritaires en cas de forte demande.
4. Le formulaire d'inscription doit être signé par les parents et remis aux titulaires.
5. Le formulaire d'inscription est remis au secrétariat.
6. Un repas adapté peut être proposé aux élèves souffrant d'allergies ou d'intolérances alimentaires. Dans ce cas, le formulaire en annexe est remis avec l'inscription, signé par les représentants légaux et un médecin.

Afin que le repas et l'étude de midi se déroulent dans les conditions idéales, il est important que les règles suivantes soient respectées.

11h30-12h05	Récréation dans la cour d'école
	a) Les élèves vont aux toilettes et aux casiers avant le début de la récréation. b) Les élèves déposent leur sac dans leur casier ou devant la classe où ils ont l'étude. c) Il est interdit de quitter le périmètre de récréation. d) Les téléphones portables ne sont pas autorisés.
12h05	Départ pour la cantine
	a) Les élèves et le surveillant font le chemin ensemble jusqu'à la cantine.
12h10-12h40	Dîner
	a) Dans la file d'attente, les élèves ne se bousculent pas. b) On ne se sert pas davantage que ce que l'on est en mesure de consommer. c) A table, les élèves mangent proprement et ne jouent pas avec la nourriture. Il est interdit de pique-niquer dans la cantine. d) Chacun mange dans le calme et fait preuve de politesse, de respect et d'obéissance envers le personnel de service et le surveillant. e) Chacun nettoie et range sa place à la fin du repas. f) Les téléphones portables ne sont pas autorisés.
12h40	Retour au CO
	a) Les élèves sortent de la cantine <u>avec l'autorisation du surveillant</u> b) Les élèves et le surveillant font le chemin ensemble jusqu'à la cour d'école.
12h45-13h45	Etude accompagnée et surveillée
	b) Tout déplacement dans le bâtiment durant le temps de l'étude est interdit. c) L'étude permet aux élèves d'avancer leurs travaux scolaires. d) L'étude est individuelle et silencieuse. e) L'enseignant est là, en priorité pour répondre aux questions des élèves ; il se réserve néanmoins le droit de donner du travail supplémentaire à ceux qui empêcheraient le bon déroulement de l'étude et de les dénoncer à un proviseur. f) Chaque élève respecte, par son comportement, le travail des autres. g) Si un élève n'a pas de devoir, il doit prévoir de quoi s'occuper intelligemment et silencieusement (lecture, révision, etc.).

Remarques :

Une absence, prévue et justifiée, au repas de midi et/ou à l'étude s'annonce à la direction, par l'intermédiaire du secrétariat, **au moins 1 semaine à l'avance**. Le parent doit annoncer l'absence par écrit dans l'agenda de l'élève, en y apportant sa signature, ou par téléphone et non par sms.

Si un élève contrevient au présent règlement, le proviseur concerné est informé par le surveillant. L'élève peut être sanctionné par une retenue du vendredi.

Nom et prénom de l'élève :

Signature de l'élève :

.....

Signature des parents :

.....

Les informations transmises dans ce formulaire seront traitées en toute confidentialité. Elles nous sont nécessaires pour prendre position sur la faisabilité du régime alimentaire en cas d'allergie ou d'intolérance, afin de garantir la sécurité de nos convives.

Déclaration de confidentialité



Ce formulaire a été élaboré en partenariat avec le service d'allergologie et d'immunologie du CHUV et des HUG. Nous tenons à disposition des médecins un rapport d'expertise médicale sur le sujet.

Personne bénéficiaire du régime

Madame Monsieur Restaurant fréquenté :

Nom : Prénom :

Représentant (si personne mineure ou sous curatelle)

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

INTOLERANCE Renseignements concernant l'intolérance alimentaire

Aliments concernés :

- Gluten : maladie cœliaque
- Gluten : hypersensibilité au gluten non cœliaque
- Lactose
- Anhydride sulfureux et sulfites
- Amines biogènes
- Autres (préciser) : _____

ALLERGIE Renseignements concernant l'allergie alimentaire

Attention : ne cocher que le ou les aliments au(x)quel(s) le bénéficiaire est allergique.

Aliment(s) concerné(s) :

- Amande
- Avoine (gluten)
- Cacahuète, arachides
- Blé, épeautre, blé de Khorasan (gluten)
- Céleri
- Crustacés
- Lait cru
- Lait cuit
- Lupin
- Mollusques
- Moutarde
- Œufs crus
- Œufs cuits (180°C, > 30 minutes)

Peut consommer des trace(s) :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Attention : ne cocher que le ou les aliments au(x)quel(s) le bénéficiaire est allergique.

Aliment(s) concerné(s) :

- Orge (gluten)
- Noisette
- Noix de cajou, pistache
- Noix de pécan, noix de noyer
- Noix de macadamia
- Noix du Brésil
- Pignon
- Poissons
- Seigle (gluten)
- Sésame
- Soja
- Autres (préciser) : _____

Peut consommer des trace(s) :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Informations

Le diagnostic du médecin sera analysé par les services compétents afin de définir la faisabilité du régime dans notre restaurant.

En cas d'allergie sévère, qui pourrait impliquer la mise en danger de la santé de la personne concernée, Eldora SA ne peut prendre la responsabilité de la fourniture de repas et/ou des collations et préconise la mise en place d'un panier repas.

En cas d'allergie légère, qui n'implique pas une mise en danger de la santé de la personne concernée, des repas pourront être fournis sous réserve des critères donnés par le médecin.

Dans tous les cas, nous ne pouvons exclure une éventuelle contamination croisée qui ferait qu'une ou plusieurs substances allergènes pourraient se trouver involontairement dans un repas étant donné la préparation de tout type de menu dans la même cuisine.

Attestation

Nous attestons avoir rempli ce questionnaire avec précision et attestons de la validité de ces informations. Nous confirmons aussi avoir pris connaissance des informations données par chaque intervenant.

Le demandeur ou les parents/représentants légaux du bénéficiaire :

Date :

Signature :

Le médecin FMH, pédiatre ou allergologue atteste de l'exactitude des informations données sur ce formulaire et estime l'accès à un restaurant de collectivité compatible avec l'allergie ou l'intolérance alimentaire décrite ci-dessus.



Timbre

Date :

Signature :