

FICHE D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE 2017 - 2018

- à remplir et à retourner en Mairie – service scolaire AVANT le 31/07/2017 pour la rentrée scolaire

ENFANT

Nom et prénom : _____ Date de Naissance : _____
Adresse : _____
Ecole : _____ Niveau : _____ Restaurant : _____
Nom du Professeur : _____

ABONNEMENT (Cocher les jours selon vos choix)

Mois	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Mois	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Septembre					Février				
Octobre					Mars				
Novembre					Avril				
Décembre					Mai				
Janvier					Juin-Juillet				

TICKETS

À remettre la veille au matin à l'école (et le mardi pour le jeudi) - Préciser sur le ticket s'il y a un régime alimentaire.

REGIME ALIMENTAIRE (aliment à ne pas donner à l'enfant)

Porc Viande Poisson

Pour informations : aucun repas de substitution ne sera servi en remplacement

TROUBLES MEDICAUX & ALLERGIES

Nature (asthme, diabète, œdème ...) :

Mon enfant bénéficie d'un P.A.I (établi par le médecin scolaire) :

J'autorise le personnel du restaurant scolaire à appliquer le protocole, en cas de nécessité.

- Fournir obligatoirement la copie du PAI, l'ordonnance médicale et le produit correspondant dans un petit sac marqué au nom de l'enfant

- Si le PAI n'est pas fourni au service de restauration, l'enfant ne sera pas admis au restaurant.

FAMILLES

Adresse email : _____ Envoi de facture par : _____

Mode de règlement : _____ Situation de famille : _____

Responsable 1 :

Nom prénom: _____

Adresse : _____

Tél : _____

Mobile : _____

Profession: _____

Employeur : _____

Tél travail : _____

Responsable 2 :

Nom prénom: _____

Adresse : _____

Tél : _____

Mobile : _____

Profession: _____

Employeur : _____

Tél travail : _____

Régime CAF ou autres : _____

N°allocataire : _____

(impératif)

(joindre justificatif si QF < 765) (2 tranches : 451 à 765 et inférieur à 450)

Montant QF : _____

Vente des tickets (partie réservée à l'administration)

Sept.	Nov.	Janv.	Mars	Mai
Oct.	Déc.	Fév.	Avril	Juin/Juillet

Partie à remplir et à signer

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) ()

1 – AUTORISE le personnel des services scolaires à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et m'engage à payer les frais médicaux, de transport d'ambulance ou d'hospitalisation éventuelle m'incombant.

Personne à contacter en cas d'impossibilité de joindre un parent (Nom Prénom + téléphone et lien de parenté) :

2 - AUTORISE Mr / Mme

à récupérer mon enfant au restaurant scolaire en cas de force majeure (penser toutefois à avertir le service scolaire de la Mairie par téléphone ou par mail et signer le cahier de décharge au restaurant).

3 – AUTORISE l'utilisation d'images de mon enfant pour des publications par voie de presse, bulletin municipal, site internet de la mairie ou dans tout autre document administratif.

4 – M'ENGAGE à régler les factures régulièrement tout au long de l'année scolaire, l'abonnement pouvant être interrompu en cas de non-paiement.

5 – Je reconnais avoir pris connaissance du règlement des restaurants scolaires qui m'a été remis lors de l'inscription

6 – AUTORISE mon enfant, élève de CM2 à rentrer seul au domicile, après 13h30, dans le cas où il n'y aurait pas cours l'après-midi :

Fait le

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

Observations et Divers renseignements