FICHE D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE ANNEE 2022 / 2023

Le présent document a pour objet d'inscrire votre (vos) enfant(s) au restaurant scolaire. Il doit être **OBLIGATOIREMENT** complété et retourné à la Mairie même si la fréquentation de votre (vos) enfant(s) à ce service n'est qu'occasionnelle.

ECOLE PUBLIQUE ☐ ECOLE PRIVEE ☐

ENFANTS A INSCRIRE				
Nom	Prénom	Classe	Sexe	Date et Lieu de Naissance
			F ☐ M ☐	
			F ☐ M ☐	
			F ☐ M ☐	
			F ☐ M ☐	

Les enfants habitent chez :

☐ leurs parents / ☐ leur mère / ☐ leur père / ☐ garde alternée / ☐ tuteur / ☐ autre (préciser) .....

RESPONSABLES LEGAUX			
	PERE	**MERE**	**Autre responsable légal personne physique pour morale (famille d'accueil, tuteur, foyer, etc)**
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Adresse domicile			
Commune			
Tél domicile			
Tél portable			
Tél professionnel			
Adresse mail			

Situation familiale des parents :

☐ Marié / ☐ Vie Maritale ou PACS / ☐ Divorcé / ☐ Séparé / ☐ Célibataire / ☐ Veuf

Tout changement en cours d'année scolaire par rapport aux renseignements fournis en début d'année doit être signalé **OBLIGATOIREMENT** en Mairie afin d'assurer une meilleure gestion du service (domicile, téléphone, situation familiale, etc…)

FORMULE D'ABONNEMENT

(cochez **obligatoirement l'une ou l'autre** des formules, un seul choix est possible)

☐ Fréquentation permanente semaine complète (soit tous les jours d'école)

☐ Fréquentation régulière

Cochez les jours où votre enfant prendra son repas à la cantine, **les jours devant être les mêmes chaque semaine**

Nom de l'enfant :			
Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
Nom de l'enfant :			
Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
Nom de l'enfant :			
Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐
Nom de l'enfant :			
Lundi ☐	Mardi ☐	Jeudi ☐	Vendredi ☐

☐ Fréquentation occasionnelle

La réservation des repas des enfants qui fréquentent occasionnellement le restaurant scolaire se fait au plus tard le 25 de chaque mois pour le mois suivant. Une fiche navette, remise par l'école, est à compléter **OBLIGATOIREMENT**

CONTRAINTES ALIMENTAIRES

- Allergies, troubles de santé
  ☐ OUI ☐ NON

  Si oui, précisez : ……..

- Autres contraintes : ……..

- Médecin traitant : …….. ☎ ……

  Adresse : ……..

FACTURATION

Pour les parents séparés, la facturation pourra être adressée au père ou à la mère selon le mode de garde choisi.

PAYEUR

☐ MERE ☐PERE ☐AUTRE

Nom et Prénom :

……..

Adresse de facturation :

……

……..

La facturation est mensuelle à terme échu.

Le paiement peut se faire par chèque, ou par carte bancaire sur internet (www.tipi.budget.gouv.fr)

ENGAGEMENT DES PARENTS

Je soussigné M. et/ou Mme .....

- Autorise les organisateurs à prendre, en cas d'accident ou d'urgence, toutes les décisions d'hospitalisation et d'intervention clinique jugée indispensables par le médecin appelé
- Déclare avoir pris connaissance et signé le règlement intérieur
- M'engage à verser les sommes dues dès réception de l'avis de paiement
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche

SIGNATURE DES PARENTS

Fait à ....., le .....

Signatures