



## FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

Période du 04/09 au 30/09/2017

*Cadre réservé à l'administration*

Année scolaire 2017-2018

Code Famille :

**L'inscription concerne chaque enfant susceptible de fréquenter, même exceptionnellement, la restauration scolaire. Seuls les dossiers complets sont acceptés (datés, signés, lisibles et justificatifs joints). Repas exceptionnel autorisé sur réservation au minimum 1 semaine à l'avance auprès du bureau cantine.**

Pour l'enfant :

| NOM | Prénom | Ecole | Classe |
|-----|--------|-------|--------|
|     |        |       |        |

Fréquentation régulière (cocher les cases) :

|  |                                |                                |                                   |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| LUNDI <input type="checkbox"/>   | MARDI <input type="checkbox"/> | JEUDI <input type="checkbox"/> | VENDREDI <input type="checkbox"/> |
| <b>MERCREDI : Attention votre enfant doit être inscrit au centre aéré</b> <input type="checkbox"/> |                                |                                |                                   |

Autres fréquentations (cocher les cases des dates souhaitées) :

**SEPTEMBRE**

| LUNDI                       | MARDI                       | MERCREDI                    | JEUDI                       | VENDREDI                    |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 4 <input type="checkbox"/>  | 5 <input type="checkbox"/>  | 6 <input type="checkbox"/>  | 7 <input type="checkbox"/>  | 8 <input type="checkbox"/>  |
| 11 <input type="checkbox"/> | 12 <input type="checkbox"/> | 13 <input type="checkbox"/> | 14 <input type="checkbox"/> | 15 <input type="checkbox"/> |
| 18 <input type="checkbox"/> | 19 <input type="checkbox"/> | 20 <input type="checkbox"/> | 21 <input type="checkbox"/> | 22 <input type="checkbox"/> |
| 25 <input type="checkbox"/> | 26 <input type="checkbox"/> | 27 <input type="checkbox"/> | 28 <input type="checkbox"/> | 29 <input type="checkbox"/> |

**Les tarifs restauration scolaire :**

| Repas mensuels   | Prix unitaires Maternelles | Prix unitaires Elémentaires |
|------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 5 jours          | 2.05 €                     | 2.25 €                      |
| 4 jours          | 2.10 €                     | 2.30 €                      |
| 3 jours          | 2.15 €                     | 2.35 €                      |
| Moins de 3 jours | 2.20 €                     | 2.40 €                      |

Pour toute inscription, **hors délai d'une semaine**, le prix du repas exceptionnel est de 3.50 €

Rythme de paiement :    Au mois                                     Au trimestre

Mode de paiement :    Espèces                     Chèque                                     CB

Chèque à établir à l'ordre du trésor public.

**Attention** : pour tout enfant devant suivre un protocole d'accompagnement individuel (P.A.I.), veiller à fournir le protocole, la trousse indispensable avant la rentrée scolaire afin que votre enfant puisse bénéficier du service.

Fait à....., le ....., Signature des tuteurs légaux :



Année scolaire 2017-2018

Code Famille :

*Cadre réservé à l'administration*

FAMILLE : .....

Nombre d'enfant(s) à charge scolarisé(s) et/ou en crèche à Mallemort :

|       |          |                     |
|-------|----------|---------------------|
| Nom : | Prénom : | date de naissance : |
| Nom : | Prénom : | date de naissance : |
| Nom : | Prénom : | date de naissance : |

**RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX) :**

| Parent 1               |      | Parent 2           |      |
|------------------------|------|--------------------|------|
| M.                     | Mme. | M.                 | Mme. |
| Nom :                  |      | Nom :              |      |
| Prénom :               |      | Prénom :           |      |
| Adresse :              |      | Adresse :          |      |
| Tél fixe :             |      | Tél fixe :         |      |
| Tél mobile père :      |      | Tél mobile père :  |      |
| Tél. mobile mère :     |      | Tél. mobile mère : |      |
| Mail :                 |      | Mail :             |      |
| <b>Numéro C.A.F. :</b> |      |                    |      |

**Situation de famille :**

Mariés  séparés  vie maritale  divorcés  pacsés  veuf (ve)

En cas de séparation ou divorce qui a la charge de(s) l'enfant(s) ? .....

**Garde alternée, merci de fournir un calendrier.**

L'autre parent est-il autorisé à venir récupérer l'enfant ? OUI  NON

| Autres personnes à prévenir en cas d'urgence |      |                    |      |
|--|------|--------------------|------|
| M.   | Mme. | M.                 | Mme. |
| Nom :  |      | Nom :              |      |
| Prénom :                                     |      | Prénom :           |      |
| Adresse :                                    |      | Adresse :          |      |
| Tél. fixe :                                  |      | Tél fixe :         |      |
| Tél. mobile père :                           |      | Tél. mobile père : |      |
| Tél. mobile mère :                           |      | Tél. mobile mère : |      |
| Mail :                                       |      | Mail :             |      |

**Pièces à fournir :**

- Copie du livret de famille
- Un justificatif de domicile (quittance EDF ou téléphone)
- Attestation d'assurance avec extension extra-scolaire
- Attestations de travail des deux parents pour les enfants de maternelle
- PAI avec trousse de médicaments



Année scolaire 2017-2018

Code Famille :

Cadre réservé à l'administration

FAMILLE : .....

|                             | Enfant 1                       |  | Enfant 2                       |  |
|-----------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Nom                         |                                |  |                                |  |
| Prénom                      |                                |  |                                |  |
| Né(e) le :                  |                                | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |                                | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| École :                     |                                | Niveau :   |                                | Niveau :   |
| Fréquentation Péri-scolaire | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 |
| Fréquentation Bus Municipal | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 |
|                             | Matin <input type="checkbox"/> | Soir <input type="checkbox"/>                                | Matin <input type="checkbox"/> | Soir <input type="checkbox"/>                                |

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

|                  |  |
|------------------|--|
| Médecin traitant |  |
| Tél :            |  |

| Enfant 1   | Enfant 2   |
|--|--|
| Allergie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Allergie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

**Si oui laquelle :** .....

**Si oui laquelle :** .....

Régime alimentaire :

| Enfant 1                                 |                                    | Enfant 2                                 |                                    |
|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| PAI (à fournir) <input type="checkbox"/> | Sans porc <input type="checkbox"/> | PAI (à fournir) <input type="checkbox"/> | Sans porc <input type="checkbox"/> |

**Attention :**

**Pour tout enfant devant suivre un protocole d'accompagnement individuel (P.A.I.), veiller à fournir le protocole, la trousse de médicaments indispensable avant la rentrée scolaire afin que votre enfant puisse bénéficier du service.**

**Nous certifions exacts les renseignements portés sur ce dossier.**

Fait à ....., le .....

Signature des tuteurs légaux :



Année scolaire 2017-2018

Code Famille :

*Cadre réservé à l'administration*

FAMILLE : .....

|                             | Enfant 3                       |  | Enfant 4                       |  |
|-----------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Nom                         |                                |  |                                |  |
| Prénom                      |                                |  |                                |  |
| Né(e) le :                  |                                | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |                                | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| École :                     |                                | Niveau :   |                                | Niveau :   |
| Fréquentation Péri-scolaire | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 |
| Fréquentation Bus Municipal | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 | Oui <input type="checkbox"/>   | Non <input type="checkbox"/>                                 |
|                             | Matin <input type="checkbox"/> | Soir <input type="checkbox"/>                                | Matin <input type="checkbox"/> | Soir <input type="checkbox"/>                                |

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

|                  |  |
|------------------|--|
| Médecin traitant |  |
| Tél :            |  |

| Enfant 3   | Enfant 4   |
|--|--|
| Allergie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Allergie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

**Si oui laquelle :** .....

**Si oui laquelle :** .....

Régime alimentaire :

| Enfant 3                                 |                                    | Enfant 4                                 |                                    |
|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| PAI (à fournir) <input type="checkbox"/> | Sans porc <input type="checkbox"/> | PAI (à fournir) <input type="checkbox"/> | Sans porc <input type="checkbox"/> |

**Attention :**

**Pour tout enfant devant suivre un protocole d'accompagnement individuel (P.A.I.), veiller à fournir le protocole, la trousse de médicaments indispensable avant la rentrée scolaire afin que votre enfant puisse bénéficier du service.**

**Nous certifions exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.**

Fait à ....., le .....

Signature des tuteurs légaux :