



Année Scolaire 2018/2019

PRIX DU REPAS : 3.20 €

## DEMANDE D'INSCRIPTION

### RESTAURANT SCOLAIRE

ECOLE :                      MATERNELLE                       ELEMENTAIRE

Fréquentation de la cantine : tous les jours                       Occasionnellement

#### ENFANT

NOM : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....Lieu : .....

Classe : ..... Enseignant : .....

#### Nom, prénom et adresse du (des) responsable(s) légal(aux)

Qualité :  mère  père  tuteur

Qualité :  mère  père  tuteur

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Ville : .....

Tél du domicile : .....

Tél du domicile : .....

Tél portable : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel : .....

Tél professionnel : .....

Coordonnées du médecin traitant : .....

Tél : .....

Lieu ou doit être transporté l'enfant en cas d'hospitalisation : .....

Allergies alimentaires : .....

## SANTE – ACCIDENT

En cas d'incident bénin, le responsable désigné par la famille est prévenu par téléphone

En cas d'évènement grave, accidentel ou non, mettant en péril ou compromettant la santé de l'enfant, le service prend toutes les dispositions nécessaires (médecin, pompiers ou S.A.M.U).

## INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

**Choix des jours :** Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Ces choix sont valables, toute l'année. Ils serviront de base pour la facturation

Occasionnellement : OUI  NON

.....  
Toute allergie alimentaire doit obligatoirement être signalée à la direction de l'éducation. L'inscription au restaurant scolaire ne pourra se faire qu'après avis médical (P.A.I), puis validation de l'accueil de l'enfant par le service gestionnaire.

**Votre enfant présente t-il des difficultés de comportement et/ou d'autonomie à prendre en compte au restaurant scolaire :** OUI  NON  Lesquels : .....

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père  Mère  Tuteur

Autre (à préciser) .....

**Assurance :** Le responsable déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et une garantie individuelle accident : OUI  NON

N° de police : ..... Compagnie d'assurance : .....

## SITUATION FAMILIALE

**En cas de divorce, séparation, garde alternée, merci de préciser le nom, prénom et adresse de facturation :**

NOM .....Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant : .....

N° allocataire CAF : .....

### **EMPLOYEUR (NOM ET ADRESSE) :**

PERE : .....

MERE : .....

## MODE DE REGLEMENT

Les repas seront facturés aux familles à la fin de chaque mois. Les factures devront être payées à réception auprès du Trésor Public, soit par chèque libellé à l'ordre du Trésor Public, soit par TIPI (paiement en ligne) ou en espèces au Trésor Public (bureaux ouverts uniquement le matin) – 13 rue de la Fonderie – 41700 CONTRES (☎ 02.54.79.53.99).

**La demande d'inscription ne sera prise en compte que si la famille est à jour de tous les règlements du restaurant scolaire pour l'année scolaire précédente.**

**Important : TOUT CHANGEMENT INTERVENANT DANS VOTRE SITUATION (changement d'adresse, situation familiale etc...) DOIT ETRE IMPERATIVEMENT SIGNALÉ, DANS LES PLUS BREFS DELAIS, PAR ECRIT A LA MAIRIE (service comptabilité). AUCUNE MODIFICATION NE POURRA ETRE APPORTEE SUR DES FACTURES DEJA EMISES.**

En cochant cette case, j'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire de la Ville de CONTRES (**CASE REMPLIE OBLIGATOIRE SOUS PEINE DE REJET DU DOSSIER**)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande.

A....., Le .....

**Signature des parents**