## 

## INSCRIPTION AUX SERVICES

## PERISCOLAIRES - (restaurant scolaire – garderie)

# *Document à retourner à la mairie avant le 13 juillet*

**ELEVE**

NOM : ......................................................... PRENOMS : ..................................... SEXE : M - F

Né (e) le : ............. /.. ../ .......... Lieu de naissance (commune et département) - .

Adresse

Code postal : ............................ Commune

Classe : ..................................

## RESPONSABLES LEGAUX

### MERE Autorité parentale : OUI  NON 

NOM patronymique : ...................................................... PRENOM :

NOM marital ou nom d'usage ........................................................................

Adresse : ............................. .................

Code postal : ......... Commune : ....................

Téléphone domicile : .....................................................Téléphone portable ......................................

Téléphone travail : ...................................................... Numéro de poste**:**  .........................

Courriel : N° d’allocataire CAF

### PERE Autorité parentale : OUI  NON 

NOM patronymique : ...................................................... PRENOM : ....................................................

Adresse : ............................................. Code postal :........... Commune : ..................

Téléphone domicile ..........................................................Téléphone portable ........................... .

Téléphone travail : ...................................................... Numéro de poste ............ ..

Courriel : N° d’allocataire CAF

### AUTRE RESPONSABLE LEGAL Autorité parentale : OUI  NON 

(personne physique ou morale)

Organisme : ............................................................ Personne référent ............................................

Fonction .................................................................. Lien avec l'enfant: ............................................

Adresse ............................................................. ......

Code postal : ............... Commune ................ ....

Téléphone: ............................................................... Téléphone portable ..........................................

Courriel ...................................................................

**Personne à contacter en cas d’urgence et/ ou autorisée à venir récupérer mon (mes) enfants :**

Nom : ............................................. Qualité ................................ Téléphone .............................

Nom : ............................................. Qualité ................................ Téléphone .............................

1. **Garderie périscolaire** (cochez la ou les cases)

**MATIN  : Lundi**   **Mardi**  **Jeudi**  **Vendredi** 

**APRES-MIDI : Lundi**   **Mardi**  **Jeudi**  **Vendredi** 

Possibilité d’inscrire l’enfant le matin jusqu’à 8h20 sur le planning affiché dans la cour de l’école.

# 1 - ALLERGIES CONNUES OU REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Conformément au règlement intérieur, nous fournir :

* un certificat médical
* une lettre de décharge concernant la Mairie et le fournisseur des repas
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Mise en place d’un P.A.I. OUI  NON 

# 2 - DEMANDES ALIMENTAIRES PARTICULIERES DUES A UNE RELIGION

.......................................................................................................................................................

## 3 - VOTRE ENFANT EST IL SOUS TRAITEMENT PARTICULIER AUTRE QU'ALLERGIE ? SI OUI LEQUEL ?

......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**QUOTIENT FAMILIAL**

Les tarifs de restauration scolaire sont soumis au quotient familial délibération n° D2017\_36 du 21/11/2017 (QF ‹ 400 : 2.77 € / de 401 à 700 : 3.33 € / de 701 à 1000 : 3.83 € / › 1000 : 5.54€)

Pour en bénéficier **nous fournir votre quotient familial** qu’il soit identique ou non à celui de l’année précédente que vous pouvez retirer au centre de votre CAF ou par internet.

A défaut, le tarif le plus élevé vous sera appliqué. Ces tarifs seront révisés à la date du 1er septembre.

# FACTURATION – (pour les parents séparés la facture sera envoyée UNIQUEMENT au parent désigné ci-dessous)

Les factures seront à adresser à :

NOM ..................................................................... Prénom ................................................

Adresse ......................................................................................................

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

**PRELEVEMENTS AUTOMATIQUES**

**Souhaite un prélèvement automatique**: 🞎 oui 🞎 non

Dans ce cas remplir le formulaire SEPA joint et fournir un RIB **si ce n’était pas le cas l’année dernière.**

**Merci de nous fournir une attestation d’assurance extrascolaire.**

Ci-joint Le règlement intérieur des services périscolaires. Merci de nous donner le coupon réponse.

Date et signature