



# DOSSIER D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

## ANNEE 2019/2020

### LA FAMILLE

#### RESPONSABLE LEGAL 1

Père  Mère  Autre

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage (marital) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Situation familiale : Marié(e)  PACSé(e)  Union libre  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Adresse \_\_\_\_\_ CP & Ville \_\_\_\_\_

☎ domicile \_\_\_\_\_ ☎ portable \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Situation professionnelle \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Nom & adresse employeur \_\_\_\_\_ ☎ professionnel \_\_\_\_\_

#### RESPONSABLE LEGAL 2

Père  Mère  Autre

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Nom d'usage (marital) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Situation familiale : Marié(e)  PACSé(e)  Union libre  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)  Célibataire

Adresse \_\_\_\_\_ CP & Ville \_\_\_\_\_

☎ domicile \_\_\_\_\_ ☎ portable \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Situation professionnelle \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Nom & adresse employeur \_\_\_\_\_ ☎ professionnel \_\_\_\_\_

### VOTRE ENFANT

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Sexe : Féminin  Masculin  Date de naissance \_\_\_\_\_

Domicile : Parents  Resp. légal 1  Resp. légal 2  Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Ecole fréquentée pour 2017/2018 \_\_\_\_\_ Niveau scolaire \_\_\_\_\_

### SANTE

Allergies \_\_\_\_\_

(En cas d'allergie alimentaire, fournir PAI obligatoire)

Régime alimentaire : Sans viande  Sans porc  Sans sel  Autre(s) à préciser  \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées médecin traitant \_\_\_\_\_

### INSCRIPTION

Mon (notre) enfant fréquentera le service de restauration de façon Régulière  (1)

Les jours suivants : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

En cas de changement d'emploi du temps, les parents devront informer la cuisine centrale au 02.41.69.02.05, au plus tard le vendredi pour la semaine suivante.

### FACTURATION (joindre justificatif de domicile)

Payeur : Responsable légal 1  Responsable légal 2  Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Prélèvement automatique : OUI  pour toute 1<sup>ère</sup> demande, joindre autorisation de prélèvement + RIB  
NON

### AUTORISATION

Je (nous) soussigné(s) \_\_\_\_\_

- Déclare (déclarons) exacts les renseignements portés sur le présent dossier,
- M'engage (nous engageons) à respecter et faire respecter à mon (notre) enfant le règlement et charte relatif aux temps de restauration (document disponible sur chaque école et sur le site internet),
- Autorise (autorisons) le responsable de la structure à faire soigner mon (notre) enfant et à prendre en cas d'urgence toutes dispositions concernant l'hospitalisation au CHU ou en clinique OUI  NON
- Autorise (autorisons) que mon (notre enfant) puisse être pris en photo et filmer pour des documents d'information municipale OUI  NON

Date \_\_\_\_\_  
Signature représentant légal 1

Date \_\_\_\_\_  
Signature représentant légal 2