



INSCRIPTION CANTINE
ANNÉE SCOLAIRE 2024– 2025



RETOUR IMPERATIF AVANT LE 29/06/2024 A LA MAIRIE

NOM DE L'ENFANT : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : CLASSE :

Nom / Prénom du père : 

Nom / Prénom de la mère : 

Adresse de facturation :

Adresse mail :

Règlement par Chèque Prélèvement automatique (RIB)

Mon enfant mangera à la cantine Mon enfant ne mangera pas à la cantine

Mon enfant a un régime PAI Mon enfant a un régime sans porc

FORMULE 1 :	<input type="checkbox"/>	Forfait Commune/mois 4 Jours par semaine avec coût fixe 63.76 euros (4.55 euros le repas)
-------------	--------------------------	---

FORMULE 2 :	<input type="checkbox"/>	Forfait hors Commune/mois 4 Jours par semaine avec coût fixe 81.43 euros (5.81 euros le repas)
-------------	--------------------------	--

FORMULE 3 :	Occasionnelle Commune/Jour* : 5.51 euros			
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi (Cocher les jours concernés)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULE 4 :	Occasionnelle hors Commune/Jour* : 6.61 euros			
	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi (Cocher les jours concernés)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toute demande d'inscription
Joindre obligatoirement un justificatif de domicile (EDF)
Une attestation d'assurance Scolaire
Un RIB à jour

Le choix de la Formule oblige les parents à respecter cet engagement.

En cas de changement de Formule en cours d'année, les parents devront impérativement se présenter à la mairie afin de signer un nouveau contrat.

En aucun cas, il ne sera possible de fusionner les formules

Les prix pratiqués dans les formules 1 et 2 sont forfaitaires,

C'est pourquoi en cas d'absence occasionnelle d'un enfant les repas sont dus comme si l'enfant était présent.

(Seul le certificat médical de 3 jours consécutifs dispense de cette obligation).

Quelle que soit la formule choisie, toute absence devra être signalée à la cantine au n° 06 29 91 61 06

Date :

Nom/ Prénom :

Qualité :

Signature :



**PRISE EN CHARGE
EN CAS D'URGENCE MEDICALE**



NOM et PRÉNOM de l'enfant

Nom/Prénom du père ou du représentant légal :

Nom/Prénom de la mère ou représentante légal :



URGENCE 1 :



URGENCE 2 :

Nom/prénom d'une personne susceptible de vous joindre rapidement :



.....

J'autorise l'équipe d'encadrement du restaurant scolaire à prendre toute initiative en cas d'accident ou d'urgence concernant mon enfant.

En cas, d'urgence, un enfant accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille sera avertie au plus tôt par nos soins. Pour information, un enfant mineur ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagner par un de ses parents ou représentant légal.

PAI : PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

PAI alimentaire ou médical : Afin d'assurer une prise en charge rapide et efficace pour votre enfant, veuillez voir avec votre médecin pour une mise à disposition des médicaments sur le temps scolaire et le temps cantine.

Veuillez inscrire la posologie sur les boîtes de médicaments et fournir l'ordonnance s'il y a lieu.

Nom/Prénom d'une personne autorisée à prendre mon enfant en charge (en cas d'accident léger, de maladie), survenu durant la cantine :

Lien de parenté :



.....

Date :

Nom/ Prénom :

Signature :