



# DOSSIER D'INSCRIPTION

RESTAURATION SCOLAIRE

Année scolaire 2026-2027

**A COMPLETER ET A TRANSMETTRE avant le 30 juin 2026 :**

**Sans retour de ce dossier complet, votre enfant ne sera pas considéré comme inscrit auprès de nos services**

Cochez-la ou les cases correspondantes à votre demande :

## INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE

Tous les jours

Occasionnellement

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Lieu : ..... Sexe :  M  F

Adresse de l'élève :  Domicile des parents  Garde alternée  Famille d'accueil

N° de sécurité sociale du représentant légal couvrant l'enfant : .....

**\*Merci d'indiquer quelle est la personne à facturer en cochant la case**

PERE  MERE  TUTEUR  Personne à facturer \*

Nom et prénom : ..... Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

① Téléphone : ..... @ courriel : .....

Situation familiale : .....

Coordonnées de l'employeur : .....

PERE  MERE  TUTEUR  Personne à facturer\*

Nom et prénom : ..... Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : .....

① Téléphone : ..... @ courriel : .....

Situation familiale : .....

Coordonnées de l'employeur : .....

Je soussigné(e) ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d'inscription.

Fait à ..... le ..... Signature



## RESTAURATION SCOLAIRE

### Tarifs selon le quotient familial :

De 0 à 1 000 : 1 €/repas

De 1 000 à 2 000 : 2 €/repas

De 2 000 à plus : 2,50 € / repas

### PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT afin de déterminer le tarif du repas

→ Photocopie de l'attestation de paiement CAF ou MSA – Quotient familial

**Sans retour de ce document, le tarif le plus haut sera appliqué**

→ RIB (Relevé d'identité bancaire) + Mandat SEPA complété et signé

→ Copie pièces d'identité des représentants légaux ou du/des tuteurs.

## SANTE

Nom / adresse / téléphone du médecin traitant :

.....

### Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires

OUI

NON

Si oui, lesquelles :

.....

.....

*L'acceptation à la restauration d'un enfant présentant des problèmes de santé et/ou allergie(s) alimentaires (s) est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisée (P.A.I) à nous fournir.*

Votre enfant a-t-il d'autres problèmes de santé que vous souhaitez nous faire connaître ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles :

.....

### **Personne à contacter en cas d'urgence Personne autorisée à venir chercher l'enfant** (autres que les parents)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_