

RESTAURANT SCOLAIRE de Creuzier le Neuf
 Fiche d'inscription et de renseignements à retourner au
 - Secrétariat de la Mairie, **impérativement avant le 12 juillet 2024**
 - Copie par mail à restoscolairecln@gmail.com

↳ Le présent document a pour objet d'inscrire votre enfant au restaurant scolaire.
 Il doit être rempli soigneusement et retourné, même si la fréquentation de votre enfant n'est qu'occasionnelle.
 Vous devez prendre connaissance du nouveau règlement intérieur avant de remplir ce présent document.

NOM (Enfant) : **Prénom**
Date de naissance : / / **Classe fréquentée (En 2024-2025):**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX: (ne pas joindre les photocopies du carnet de santé)

VACCINS	DATE DU VACCIN	DATE DU RAPPEL
B.C.G	___/___/___	___/___/___
DTP (Diphthérie, Tétanos et Poliomyélite)	___/___/___	___/___/___

Renseignements importants à signaler ou orientation vers un PAI (Projet d'Accueil Individuel) (Ex : intolérance et/ou allergies alimentaires ...) :

→ Joindre impérativement à cette fiche d'inscription, **un certificat médical faisant apparaître la nature de l'allergie.**

INFORMATIONS GENERALES	Parent 1	Parent 2
NOM		
Prénom		
Adresse		
Code postal & commune (Si hors Creuzier le Neuf)		
Téléphone fixe / portable		
Adresse mail (En majuscule pour plus de visibilité)	@	@

Assurance (Responsabilité civile ou extrascolaire) : (ne pas joindre d'attestation)

Nom Assurance : N° Assurance :

INFORMATIONS RELATIVES A LA RESTAURATION SCOLAIRE
Inscription de votre enfant au Restaurant Scolaire

- Cocher les cases correspondantes :**
- Fréquentation occasionnelle** (La fréquentation de votre enfant sera variable, ne correspondra pas à un jour fixe)
- Fréquentation régulière** (La fréquentation de votre enfant sera fixe –un ou plusieurs jours définis-):

Cocher le ou les jours de présence au restaurant scolaire :

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

➤ Mode de règlement souhaité : (rappel du règlement : des pénalités seront exigées en cas de retard de paiement)

- Espèces Chèque mensuel Virement bancaire (un RIB vous sera transmis à l'adresse communiquée ci-dessus)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (A remplir obligatoirement) :

Nom : Prénom : Tél : / / / /

Nom : Prénom : Tél : / / / /

Nom : Prénom : Tél : / / / /

Nom Médecin Traitant : Tél : / / / /

Lieu d'hospitalisation :

Je soussigné(e) autorise toutes les dispositions qui s'imposent en cas d'urgence,
déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et certifie les renseignements fournis comme exacts.

L'inscription implique le respect du règlement modifié ci-joint

A le / / 2024 En cochant la case, j'accepte le règlement intérieur.

(Tarifs : **3,50€** pour une fréquentation régulière et **4,20 €** pour une fréquentation occasionnelle)