



## **INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE - ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024**

A COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES

**FAMILLE** : .....

**RESPONSABLE 1 (Père, mère, représentant légal)** *(Rayer les mentions inutiles)*

**SITUATION DE FAMILLE** : Célibataire – Marié(e) – Pacsé (e) – Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

NOM et PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE **obligatoire** .....

Adresse complète .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone Portable : ..... Domicile : .....

Courriel (mail) **obligatoire** : .....

Profession **obligatoire** : .....

Nom et adresse de l'Employeur : .....

Téléphone professionnel : .....

**RESPONSABLE 2 (Père, mère, représentant légal)** *(Rayer les mentions inutiles)*

**SITUATION DE FAMILLE** : Célibataire – Marié(e) – Pacsé (e) – Séparé (e) – Divorcé (e) – Veuf (ve)

NOM et PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE **obligatoire** .....

Adresse complète .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : Portable : ..... Domicile : .....

Courriel (mail) **obligatoire** : .....

Profession **obligatoire** : .....

Nom et adresse de l'Employeur : .....

Nom et adresse de l'Employeur : .....

Téléphone professionnel : .....

**N° D'ALLOCATAIRE CAF** : .....



Je soussigné (e) .....  
(Père, mère, représentant légal) (Rayer les mentions inutiles)

Déclare ne pas pouvoir garder mon enfant (ou mes enfants) pendant la pause méridienne entre 12 H et 13 H 50  
**FOURNIR ATTESTATIONS EMPLOYEURS OBLIGATOIRE**

Demande l'inscription au service restauration scolaire de SAINT AUGUSTIN (un à quatre jours par semaine) pendant l'année scolaire :

- LUNDI
- MARDI
- JEUDI
- VENDREDI

(Rayer les mentions inutiles)

**EN CAS DE GARDE PARTAGEE OU ALTERNEE, MERCI DE NOUS FOURNIR IMPERATIVEMENT UN PLANNING POUR L'ANNEE SCOLAIRE :**

- SEMAINE PAPA
- SEMAINE MAMAN

**LES ENFANTS D'UNE MÊME FRATRIE SONT INSCRITS LES MÊMES JOURS**

Nom et Prénom de l'enfant : .....

École : .....

Classe : .....

Nom et Prénom de l'enfant : .....

École : .....

Classe : .....

Nom et Prénom de l'enfant : .....

École : .....

Classe : .....

Nom et Prénom de l'enfant : .....

École : .....

Classe : .....



#### **ALLERGIE PAI :**

**ATTENTION NE SERONT PRIS EN PAI QUE LES ALLERGIES ALIMENTAIRES GRAVES NÉCESSITANT L'APPEL DES URGENCES POUR BÉNÉFICIER DU TARIF PAI.**

Un certificat de l'allergologue daté de moins de 3 mois (un par enfant) sera demandé obligatoirement.

En cas d'allergie alimentaire, le fournisseur du SIRP ne pouvant garantir les ingrédients entrant dans la composition de ses plats et sauces, les parents seront dans l'obligation de fournir le repas de l'enfant.

#### **PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE**

NOM et PRENOM .....

Adresse : .....

Téléphone : Portable : ..... Travail : .....

#### **EN CAS D'ACCIDENT OU D'INDISPOSITION GRAVE :**

J'autorise les responsables du SIRP à faire appel aux urgences médicales (Pompiers, Samu) qui transféreront mon enfant dans un établissement hospitalier le plus proche selon leur diagnostic.

#### **PERSONNE(S) HABILITÉE(S) À PRENDRE LES ENFANTS AUTRE QUE LE(S) PARENTS OU REPRÉSENTANT(S) LÉGAL (LÉGAUX) :**

Nom, prénom : .....

Téléphone : .....

Nom, prénom : .....

Téléphone : .....

Nom, prénom : .....

Téléphone : .....

Je déclare m'engager à signaler par écrit tout changement dans les renseignements ci-dessus.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine et l'avoir accepté.

À SAINT AUGUSTIN, le .....

**Nom et Prénom du (des) parent(s) ou du (des) représentant(s) légal (légaux)**

.....

#### **Signatures**