



## DOSSIER INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

**Année scolaire 2022-2023**

(Un seul exemplaire par famille si la filiation des enfants est identique)

**Dossier complet à déposer en mairie le mardi 31 mai au plus tard.**

Pièces à joindre :

- **Attestation CAF 2022**
- **Justificatif de domicile de moins de 3 mois** (EDF ou quittance de loyer)

**Responsable légal 1 :**

Nom	
Prénom	
Adresse complète	

**Responsable légal 2 :**

Nom	
Prénom	
Adresse complète	

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Adresse mail		

**SITUATION FAMILIALE :**  mariés  vie maritale  séparés  divorcés  veuf.ve  pacsés

Personne en charge de l'enfant en cas de séparation ou de divorce : .....

**Numéro allocataire CAF (obligatoire) :** .....

**Quotient familial avec attestation CAF 2022 à fournir :** .....

**URGENCE :** En cas d'accident, le service restauration scolaire s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

**Personnes à prévenir en cas d'urgence :**

Nom prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS

### ENFANT 1

Nom	
Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance	
Adresse complète	
Ecole	
Niveau scolaire - classe	
Choix de la formule de restauration	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Pendant toute l'année scolaire <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Ponctuellement (facturation minimum 5€) <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Régime alimentaire particulier *	

(\*) Un protocole d'accueil individualisé devra être fourni par un médecin. Demander un imprimé de PAI au médecin scolaire

### ENFANT 2

Nom Enfant	
Prénom Enfant	
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance	
Adresse complète	
Ecole	
Niveau scolaire - classe	
Choix de la formule de restauration	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Pendant toute l'année scolaire <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Ponctuellement (facturation minimum 5€) <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Régime alimentaire particulier *	

(\*) Un protocole d'accueil individualisé devra être fourni par un médecin. Demander un imprimé de PAI au médecin scolaire

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANTS (suite)

### ENFANT 3

Nom	
Prénom	
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance	
Adresse complète	
Ecole	
Niveau scolaire - classe	
Choix de la formule de restauration	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Pendant toute l'année scolaire <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Ponctuellement (facturation minimum 5€) <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Régime alimentaire particulier *	

(\*) Un protocole d'accueil individualisé devra être fourni par un médecin. Demander un imprimé de PAI au médecin scolaire

### ENFANT 4

Nom Enfant	
Prénom Enfant	
Sexe	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Date de naissance	
Adresse complète	
Ecole	
Niveau scolaire - classe	
Choix de la formule de restauration	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Pendant toute l'année scolaire <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Ponctuellement (facturation minimum 5€) <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
Régime alimentaire particulier *	

(\*) Un protocole d'accueil individualisé devra être fourni par un médecin. Demander un imprimé de PAI au médecin scolaire

## FACTURATION

### Facturation adressée à :

Nom et Prénom		
Adresse		
Ville		
Téléphone		
Mode de paiement	<input type="checkbox"/> Paiement au Trésor Public (par chèque, espèces ou virement)	<input type="checkbox"/> Prélèvement automatique (autorisation de prélèvement SEPA + RIB)  <input type="checkbox"/> Changement de domiciliation bancaire ? Oui / Non

### Tarifs :

Quotient Familial	Prix du repas en euros	Prix du repas sans réservation
QF ≤ 450	0.90	1.35
451 ≤ QF ≤ 650	1.00	1.50
651 ≤ QF ≤ 850	4.14	6.21
851 ≤ QF ≤ 1050	4.49	6.73
1051 ≤ QF ≤ 1300	4.59	6.88
QF > 1300	4.72	7.08
Enfant ayant un PAI	1.86	2.79
Adulte	6.54	9.81

Ces tarifs comprennent la prise en charge de l'enfant sur la pause méridienne.  
Une participation du CCAS sera toujours possible pour les familles en difficultés financières.

Le règlement intérieur applicable à la restauration scolaire est présent à la fin de ce dossier.  
**Ce règlement est à conserver par les parents.**

### Autorisation de droit à l'image :

Dans le cadre du restaurant scolaire, la municipalité peut être amenée à prendre des photos des enfants.

- J'autorise la municipalité à utiliser et diffuser la photo de mon (mes) enfant(s)  
 Je n'autorise pas la municipalité à utiliser et à diffuser la photo de mon (mes) enfant(s)

Les parents attestent avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire.

Fait à .....

Le .....

Signature des parents

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

## FICHE D'URGENCE RESTAURANT SCOLAIRE 2022-2023

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : ..... Ecole : .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....

.....

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, le service de restauration scolaire s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

<b>PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT</b>	
NOM – PRENOM	NUMERO DE TELEPHONE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....

autorisons l'anesthésie de notre fils/fille.....

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A..... Le.....

Signature des parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre :

.....

.....

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....

(En cas d'hospitalisation, cette fiche suivra l'enfant)



**FICHE D'URGENCE RESTAURANT SCOLAIRE 2022-2023**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : ..... Ecole : .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....

.....

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, le service de restauration scolaire s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

<b>PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT</b>	
NOM – PRENOM	NUMERO DE TELEPHONE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....

autorisons l'anesthésie de notre fils/fille.....

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A..... Le.....

Signature des parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre :

.....

.....

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....

(En cas d'hospitalisation, cette fiche suivra l'enfant)

## FICHE D'URGENCE RESTAURANT SCOLAIRE 2022-2023

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : ..... Ecole : .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....

.....

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, le service de restauration scolaire s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT	
NOM – PRENOM	NUMERO DE TELEPHONE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....

autorisons l'anesthésie de notre fils/fille.....

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A..... Le.....

Signature des parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre :

.....

.....

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....

(En cas d'hospitalisation, cette fiche suivra l'enfant)