



INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

A COMPLETER EN LETTRES CAPITALES

FAMILLE :

RESPONSABLE 1 (Mère ou Père) *(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 **obligatoire** :

Courriel (mail) **obligatoire** :

Profession **obligatoire** :

Téléphone professionnel :

RESPONSABLE 2 (Mère ou Père) *(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 **obligatoire** :

Courriel (mail) **obligatoire** :

Profession **obligatoire** :

Téléphone professionnel :

N° D'ALLOCATAIRE CAF :

DEMANDE L'INSCRIPTION AU SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE : (cocher les mentions utiles)

- LUNDI**
- MARDI**
- JEUDI**
- VENDREDI**



1 - Nom et Prénom de l'enfant :

Classe :

École :

2 - Nom et Prénom de l'enfant :

Classe :

École :

3 - Nom et Prénom de l'enfant :

Classe :

École :

4 - Nom et Prénom de l'enfant :

Classe :

École :

POUR LES REGIMES ALIMENTAIRES : (cocher la mention utile)

SANS PORC

SANS VIANDE

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (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.

ASSURANCE obligatoire

NOM DE LA COMPAGNIE : Téléphone :

N° de police :

(Joindre l'attestation d'assurance)

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.



Je soussigné (e)

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

FURNIR ATTESTATIONS EMPLOYEURS OBLIGATOIRE DES DEUX PARENTS

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

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

À SAINT AUGUSTIN, le

Signature du ou des parents

Dès réception du dossier complet,

Votre ESPACE FAMILLE sera activé afin de faire vos réservations pour l'année scolaire.