



## **DEMANDE D'INSCRIPTION** **au restaurant scolaire** **Pour l'année 2017/2018**

Je soussigné(e) : (Père, mère ou tuteur) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Tél père: \_\_\_\_\_ N° Tél mère: \_\_\_\_\_

demande l'inscription de mon ou mes enfant(s) :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

afin de lui (leur) permettre de prendre ses (leurs) repas au restaurant scolaire, tous les :

1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi	<input type="checkbox"/> Lundi
<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi	<input type="checkbox"/> Mardi
<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi	<input type="checkbox"/> Jeudi
<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Vendredi

Cocher la (les) cases correspondante(s)

J'atteste que mon (mes) enfant(s) n'a (ont) pas d'allergies alimentaires.

Pour toute modification relative à l'inscription ci-dessus, je m'adresse à la Mairie, **avant le mardi 11h30, pour prise en compte la semaine suivante.**

Pour toute absence imprévue, supérieure à 3 jours, je m'engage à prévenir (par écrit ou téléphone) la Mairie et à fournir un certificat médical dès le début de la maladie. Dans tous les cas, les 3 premiers repas commandés seront dus. En cas de grève du corps enseignant, tous repas commandés, non annulés dans les délais réglementaires (3 jours francs) seront facturés.

Le Conseil Municipal a mis en place un tarif réduit pour les familles susceptibles de rencontrer des difficultés financières, ainsi que pour les familles qui comptent plus de 2 enfants, soit 2,60 € le repas au lieu de 3,50 €.

Date et signature