

**RESTAURATION SCOLAIRE
INSCRIPTION 2025 / 2026**

DU 1 SEPTEMBRE 2025 AU 3 JUILLET 2026

FICHE À REMETTRE IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉE À LA MAIRIE

Coursaget Fanon Saint-Symphorien Zola

Classe fréquentée par l'enfant :

PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Sexe : Féminin Masculin

Nom et Prénom de la personne destinataire de la facture : _____

Adresse : _____

Employeur(s) : Nom, et coordonnées

Père : _____

Mère : _____

L'inscription à la restauration scolaire vaut acceptation du règlement intérieur (accessible depuis le portail aux familles)

Si vous êtes prélevés pensez à nous prévenir en cas de changement de RIB

Un email vous informe que votre facture est consultable sur le portail aux familles

Date : _____

Signatures des représentants légaux

ENFANT

En cochant cette case, je certifie que l'enfant est couvert par une assurance scolaire (responsabilité civile et individuelle accident)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant présente-t-il :

Une allergie alimentaire oui non

Des problèmes de santé particuliers oui non

L'enfant bénéficie-t-il d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** pour allergie(s) ou maladie particulière oui non

Nom du médecin traitant _____

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE

Sans viande (inclus les repas sans porc et sans bœuf)

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

 (domicile) : _____

 (portable) : _____

 E-mail : _____

Ville : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

 (domicile) : _____

 (portable) : _____

 E-mail : _____

Ville : _____

Personnes majeures autorisées à être prévenues en cas d'urgence ou à venir chercher l'enfant (autre que les parents) :

Nom : _____

Prénom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Lien de parenté : _____

 : _____

Lien de parenté : _____

 : _____

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, m'engage à les actualiser en cas de changements et autorise le Maire à prendre le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, appel d'un médecin), rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à _____, le _____

Signatures des représentants légaux