

**RESTAURATION SCOLAIRE  
INSCRIPTION 2026 / 2027**

**DU 1 SEPTEMBRE 2026 AU 2 JUILLET 2027**

**FICHE À REMETTRE IMPÉRATIVEMENT COMPLÉTÉE AU SERVICE SCOLAIRE**

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 : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

 (domicile) : \_\_\_\_\_

 (domicile) : \_\_\_\_\_

 (portable) : \_\_\_\_\_

 (portable) : \_\_\_\_\_

 E-mail : \_\_\_\_\_

 E-mail : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

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

Nom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

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