



DOCUMENTS A FOURNIR

- Photo
- Attestation d'Assurance
- Mandat de prélèvement + RIB si changement

Photo
d'identité récente
de l'enfant
NE PAS COLLER
(Agrafer)
Format 35/45 mn

FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

AU RESTAURANT SCOLAIRE DE SAINT GERVAIS EN BELIN

Fiche à remettre obligatoirement aux permanences du mois de juin

ENFANT

Nom et Prénom :

Date de naissance : Sexe : fille garçon

Etablissement scolaire : Prochaine classe :

REPRÉSENTANT(S) LEGAL(AUX)

Représentant 1

Nom Prénom	
Date et lieu de naissance	
Profession	
Adresse	
Adresse email :	
(en cas d'urgence)	

Représentant 2

Nom et Prénom	
Date et lieu de naissance	
Profession	
Adresse	
Adresse Mail :	
(en cas d'urgence)	

INSCRIPTION



Toute modification par rapport à cette inscription devra être signalée à la mairie

INSCRIPTION RÉGULIÈRE ANNUELLE, cochez les jours où votre enfant mangera au restaurant scolaire

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi

INSCRIPTION REGULIERE PAR PERIODE (inscription différente entre la semaine paire et impaire), cochez les jours où votre enfant mangera au restaurant scolaire

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Semaine paire				
Semaine impaire				

INSCRIPTION OCCASIONNELLE (prévenir avant le 25 du mois précédent, en complétant l'imprimé planning et en le retournant à cantine@stgervaisenbelin.fr)

PAIEMENT

Règlement par prélèvement uniquement.

Si changement de banque ou nouvelle inscription, merci de joindre un RIB.

ASSURANCE

Compagnie d'assurance :

N° de contrat

Fournir l'attestation d'assurance

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et commune du médecin traitant.....

J'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations non

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : oui * non

*Si oui, joindre la copie du PAI, et préciser la nature du PAI.....
.....
.....



Remarques ou difficultés de santé nécessitant une surveillance particulière :

.....
.....
.....
.....
.....

J'autorise le service restaurant scolaire à prendre des photos ou à filmer mon enfant dans le cadre des projets d'animation et l'autorise à les diffuser. oui non

Je soussigné(e) :

- 1) Autorise les responsables du restaurant scolaire à présenter mon enfant à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie,
- 2) Déclare exacts les renseignements portés ci-dessus,

➤ **Votre enfant mangera le jour de l'ouverture du Restaurant Scolaire le 2 septembre 2024 :**

Oui

Non

Fait le 20....,

A,

Signature :