

Renseignements généraux

Responsables de l'enfant

Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Responsable légal
Tél. fixe personnel.....	Tél. fixe personnel.....
N° de mobile.....	N° de mobile.....
Téléphone professionnel.....	Téléphone professionnel.....
Adresse e-mail.....	Adresse e-mail.....
Sera la personne facturée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Sera la personne facturée <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Quotient Familial de la personne facturée

Personnes à contacter en cas d'urgence (si différentes)

Nom.....
Prénom.....
Tél.

Autorisation de droit à l'image : J'autorise Je n'autorise pas

Les prises de photos/vidéos et leur diffusion sous toutes formes au cours du temps de restauration scolaire.

Mode de règlement choisi

- Espèces / chèques, auprès du Trésor Public de Saumur
- Prélèvement automatique (remplir le mandat de prélèvement et joindre RIB/IBAN)
- Carte bancaire, auprès du Trésor Public de Saumur

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)

Domicilié(e).....
.....

Responsable des enfants (Noms et Prénoms).....
.....

Déclare l'exactitude des renseignements portés aux présentes, déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des restaurants scolaires joint au présent formulaire, autorise toute l'équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Déclare avoir pris connaissance de la note destinée aux familles, la charte et son application.

A **Le**

Signature

Inscription par enfant

Enfant 1

Nom et Prénom.....

Masculin Féminin

Né(e) le.....

Elève en Maternelle Elémentaire

Au Groupe Scolaire Les Remparts La Herse Méron

Sera présent au restaurant scolaire :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Renseignements sanitaires : Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers (allergies, traitements en cours, contre-indications, pathologies alimentaires)?

NON

OUI (fournir un certificat médical), lesquels ?

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

Enfant 2

Nom et Prénom.....

Masculin Féminin

Né(e) le.....

Elève en Maternelle Elémentaire

Au Groupe Scolaire Les Remparts La Herse Méron

Sera présent au restaurant scolaire :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Renseignements sanitaires : Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers (allergies, traitements en cours, contre-indications, pathologies alimentaires)?

NON

OUI (fournir un certificat médical), lesquels ?

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