



INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE

ENFANT (NOM et Prénom)

(classe 2023/2024)

Je soussigné(e)..... **certifie** avoir pris connaissance des tarifs et du règlement intérieur municipal organisant le service de restauration scolaire.

J'inscris mon enfant au restaurant scolaire pour l'année scolaire 2023/2024 : (mettre un X dans la ou les cases choisies)

tous les lundis **tous les mardis** **tous les jeudis** **tous les vendredis**

dans ce cas je m'engage à payer tous les repas cochés au prix de **3,21 €** sur présentation d'une facture établie par la Mairie en fin de mois.

J'inscris mon enfant au restaurant scolaire :

occasionnellement ou en fonction de mes besoins. Dans ce cas je m'engage à payer chaque repas consommés au prix de **4,32 €** sur présentation d'une facture établie par la Mairie en fin de mois.

j'apporte un panier repas car mon enfant souffre d'allergie, dans ce cas je paye **1,61 €** le repas sur présentation d'une facture établie par la Mairie en fin de mois.

J'indique les coordonnées téléphoniques où l'on peut me joindre entre **12 h 00 et 13 h 30** :

La personne chargée du paiement de la facture est (Nom et Prénom)

Adresse:.....

Adresse électronique:.....@.....

En cas d'accident j'autorise le personnel municipal à faire appel aux services d'urgence qui pourront être amenés à transporter mon enfant à l'hôpital. Information m'en sera faite aussitôt.

Si mon enfant souffre d'allergie alimentaire, j'ai bien pris note que je dois prendre rendez-vous **tous les ans** avec le Médecin de santé scolaire chargé d'établir le P.A.I.

J'ai bien pris note que je peux changer les jours de fréquentations de mon enfant au restaurant scolaire. Ma demande sera prise en compte le 1^{er} jour du mois suivant sa réception en Mairie.

J'ai bien pris note que les repas consommés en dehors des jours réservés lors de l'inscription sont facturés au tarif « repas occasionnel »

J'ai bien pris note que les repas sont décomptés en cas de maladie de l'enfant à partir du 3^{ème} jour d'absence consécutif sur présentation d'un certificat médical.

DATE :

Signature des parents

Date de réception en Mairie