



Cantine

DOSSIER D'INSCRIPTION CANTINE SCOLAIRE 2017/2018

A remplir et à retourner au service accueil de la Mairie **AVANT LE 15 JUIN 2017.**

ENFANT			
NOM	PRENOM	DATE de NAISSANCE	CLASSE pour la rentrée 2017/2018

NOM ET PRENOM DE LA MERE (représentante légale ayant l'autorité parentale)	NOM ET PRENOM DU PERE (représentant légal ayant l'autorité parentale)
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél. Maison : _____	Tél. Maison : _____
Tel. Travail : _____	Tel. Travail : _____
Tel. Portable : _____	Tel. Portable : _____
Courriel : _____	Courriel : _____

FREQUENTATION				
Jours de présence de l'enfant à la cantine (2 cases minimum)	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

MISE EN PLACE D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUEL (PAI),

La santé de votre enfant (allergie ou pathologie) impose-t-elle la mise en place d'une mesure spécifique e médicale demandant une attention particulière (exemple : projet d'accueil individuel (PAI), contre-indication alimentaire, de jeux ...).

OUI

NON

Si oui,

- prendre rendez-vous le plus tôt possible avec M. le Directeur de l'école qui vous indiquera les démarches à réaliser.

En cours d'année, un enfant déclarant une allergie alimentaire ou pathologie, ne pourra plus être accueilli dans les services municipaux sans la mise en place du PAI.

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant, sauf mise en place d'un protocole d'accueil individualisé par le service de la santé scolaire.

Je reconnais être informé(e) qu'en cas de survenance d'une allergie alimentaire en cours d'année, mon enfant devra bénéficier d'un projet d'accueil individuel pour être réadmis.

FACTURATION

PRIX :

Se reporter à la fiche récapitulative des tarifs municipaux 2017-2018 ci-joint.

MOYENS DE PAIEMENT :

Les familles peuvent payer par :

- Chèque ou espèces auprès du Trésor Public de LORGUES
- Prélèvement automatique (fournir le RIB **UNIQUEMENT** si choix du prélèvement)

Je signalerai toute modification pouvant intervenir au cours de l'année scolaire (adresse, situation familiale, professionnelle...).

J'autorise les services municipaux à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident (médecin, transport à l'hôpital...).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Fait à Le Thoronet, le// 2017

Mention « lu et approuvé »

Nom, Prénom :

Signature du représentant légal, ayant l'autorité parentale :