

VILLE DE VERNOUILLET
Service Vie scolaire

Esplanade du 08 Mai 1945
Maurice Legendre
28500 VERNOUILLET
☎ 02.37.62.85.52

A RETOURNER IMPERATIVEMENT
AU SERVICE SCOLAIRE AVANT
LE 10 JUILLET 2020 DERNIER DELAI

RESTAURATION SCOLAIRE FICHE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

La demande d'inscription ne garantit pas l'acceptation de votre enfant à la restauration scolaire ; elle ne pourra être validée que sous réserve du règlement des prestations de l'année scolaire en cours et des années précédentes.

Je demande l'inscription de mon enfant à la restauration scolaire

NOM

DATE DE NAISSANCE

PRENOM

MATERNELLE*

- ☐ Ecole Louis Aragon
- ☐ Ecole Victor Hugo
- ☐ Ecole Louis Pergaud
- ☐ Ecole Gérard Philipe
- ☐ Ecole Jules Vallès

Classe :

ELEMENTAIRE*

- ☐ Ecole Louis Aragon
- ☐ Ecole Victor Hugo
- ☐ Ecole Louis Pergaud
- ☐ Ecole Gérard Philipe
- ☐ Ecole Jules Vallès
- ☐ Ecole Georges Brassens

Classe :

Je souhaite que mon enfant déjeune le * :

☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI

C'est-à-dire : Jour(s) par semaine à partir du :

Type de repas* : ☐ Normal ☐ Sans porc ☐ PAI

En cas d'allergie alimentaire : prendre contact préalablement avec la Directrice ou le Directeur de l'école et le Service Scolaire afin d'établir un PAI (plan d'Accueil individualisé) (voir règlement ci-joint).

* inscrire une croix dans la case correspondante

RESPONSABLES DE L'ENFANT :

Responsable légal 1

M. – Mme – Melle *

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Bâtiment : _____ Appartement : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Adresse n° 2 : (si différente pour le responsable n°2)

Bâtiment : _____ Appartement : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Domicile : _____ Portable père : _____ Portable mère : _____

Profession : _____ Profession : _____

Employeur : _____ Employeur : _____

Adresse : _____ Adresse : _____

☎ Employeur : _____ ☎ Employeur : _____

Situation de famille : ☐ Mariés ☐ Union libre ☐ PACS
☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (ve)

N° DE CAF : (obligatoire) : _____

Adresse de messagerie : _____

Nom de la Compagnie d'Assurance (obligatoire) : _____

Numéro de police d'assurance (obligatoire) : _____

Je soussigné(e), Monsieur, Madame* : _____

Représentant(s) légal (aux) de l'enfant : _____

Fait à : Le : Signature(s)

- ✓ Certifie avoir pris connaissance du règlement scolaire qui m'a été remis ce jour et en approuver les conditions.
- ✓ Autorise (nt) l'administration à prendre, en cas d'urgence, toutes mesures utiles à l'hospitalisation de mon enfant.
- ✓ Autorise le personnel d'encadrement à photographier et filmer mon enfant dans le cadre de la pause méridienne et à reproduire et diffuser ces images dans le cadre de la communication.
- ✓ Autorise l'utilisation du mail et du SMS pour être contacté par la collectivité.

* Rayer la mention inutile

**TOUTES MODIFICATIONS PORTANT SUR CES RENSEIGNEMENTS DEVRONT ETRE
SIGNALEES PAR ECRIT AU SERVICE SCOLAIRE**