

**SAINT-CHRISTOPHE-VALLON – RESTAURATION SCOLAIRE – FICHE D’INSCRIPTION**

Dossier à déposer en Mairie ou à retourner par mail à : [mairie-saintchristophevallon@orange.fr](mailto:mairie-saintchristophevallon@orange.fr)

Avant le **jeudi 11 JUILLET 2024**

ECOLE : Arc-en-Ciel

Sainte-Marie-des-Prés

NOM de l’enfant : Prénom :

Date de naissance : ..... Classe : .....

PARENT 1	PARENT 2
NOM.....	NOM.....
Prénom .....	Prénom .....
Adresse .....	Adresse .....
.....	.....
.....	.....
Tél domicile.....	Tél domicile.....
Tél portable.....	Tél portable.....
Profession – tél professionnel.....	Profession – tél professionnel.....
Mail .....	Mail .....
Cette adresse mail pourra être utilisée par la municipalité afin de vous transmettre des informations sur la commune. Si vous ne le souhaitez pas, merci de cocher la case ci-contre. <input type="checkbox"/>	Cette adresse mail pourra être utilisée par la municipalité afin de vous transmettre des informations sur la commune. Si vous ne le souhaitez pas, merci de cocher la case ci-contre. <input type="checkbox"/>

**FACTURATION :**

Facture adressée aux parents

En cas de séparation des parents : facture adressée à la mère    facture adressée au père (**rayez la mention inutile**)

**FREQUENTATION : cocher la case correspondante impérativement**

mangera régulièrement, tous les jours

mangera, régulièrement, certains jours de la semaine :  Lundi     Mardi  
 Jeudi     Vendredi

mangera occasionnellement - ne mangera pas (**rayez la mention inutile**)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DE L’ENFANT**

Je soussigné(e) ..... atteste par la présente que mon enfant .....

ne présente pas de troubles allergiques alimentaires

Présente des allergies ou des troubles alimentaires, un **Protocole d’Accueil Individualisé (PAI)** doit être signé entre la famille, la collectivité, le service de médecine scolaire et la direction de l’école, au vu d’un certificat médical

nominatif. La collectivité ne fournira pas le repas pour cet enfant, celui-ci devra lui être fourni par vos soins, **un tarif forfaitaire d'accueil** sera appliqué.

La collectivité se réserve le droit de refuser l'accès à la restauration scolaire en cas d'allergie non médicalement signalée ou si les parents refusent la mise en place d'un PAI.

### RECOMMANDATIONS - PRECAUTIONS

Recommandations particulières et précautions à prendre liées à des difficultés de santé autres qu'alimentaires justifiées médicalement .....

Nom et adresse du médecin traitant .....

Téléphone .....

Ces informations sont fournies sous l'entière responsabilité du représentant légal de l'enfant, excluant toute responsabilité de la Mairie de Saint-Christophe-Vallon. Vous voudrez bien faire connaître **impérativement** toute modification des informations fournies ci-dessus.

Personne à contacter en cas de problème si les parents sont absents ou non joignables :

M..... Qualité : ..... Tél : .....

M..... Qualité : ..... Tél : .....

En cas d'accident grave, toutes mesures d'urgence seront prises y compris l'hospitalisation : Centre Hospitalier de Rodez

**FREQUENTATION SEMAINE DE LA RENTREE à compléter obligatoirement par vos soins, le secrétariat de mairie se chargera de la saisie de ces informations dans le logiciel Cantine**

	Mangera	Ne mangera pas
Lundi 02 septembre 2024		
Mardi 03 septembre 2024		
Jeudi 05 septembre 2024		
Vendredi 06 septembre 2024		

Porter mention manuscrite « certifie avoir lu et accepté le règlement intérieur du restaurant scolaire » NOM : Signature :	Pour tout renseignement, s'adresser au secrétariat de Mairie par mail : mairie-saintchristophevallon@orange.fr
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------