

Réservé à la mairie	O	N
Attestation d'assurance		
Questionnaire médical		
Connaissance du règlement		
RIB + SEPA		

DOSSIER D'INSCRIPTION

CANTINE 2021/2022

ECOLE SAINT RENÉ

REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Père

Mère

NOM PRÉNOM : _____

Date de naissance : _____

ADRESSE : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Téléphone travail : _____ Mail : _____

NOM PRÉNOM : _____

Date de naissance : _____

ADRESSE : (si différente, préciser l'adresse de facturation en indiquant « principale »)

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Téléphone travail : _____ Mail : _____

INSCRIPTION pour l'année scolaire 2021-2022, du ou des enfants suivants :

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	CLASSE	P.A.I. ¹

¹ Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) pour les enfants allergiques
(Merci de vous adresser à la directrice de l'école)

Mon/ mes enfant (s) mangera (ont) :

Merci de bien vouloir cocher la case correspondant à votre choix

➤ **ABONNEMENT** :

LUNDI	
MARDI	
JEUDI	
VENDREDI	

➤ **OCCASIONNELLEMENT**

Lorsque votre (vos) enfant(s) mange(nt) occasionnellement à la cantine, merci de le faire savoir

Par écrit suivant le tableau ci-dessous à la mairie par courriel mairie@landrevarzec.fr **les annulations hors délai seront facturées**

Pour les repas de :	Annulations ou commandes des repas
Lundi	Vendredi de la semaine précédente avant 10h00
Mardi	Lundi de la même semaine avant 10h00
Jeudi	Mardi de la même semaine avant 10h00
Vendredi	Jeudi de la même semaine avant 10h00

Les tarifs de cantine et garderie sont indiqués sur le règlement et sur le site internet de la commune.

Pour les enfants qui mangent à la cantine de manière régulière, le planning est valable pour un trimestre (adaptation possible pour les professions ayant des emplois du temps spécifiques). S'il n'y a pas de changement en cours d'année, il n'est pas nécessaire d'en fournir un nouveau à l'issue du trimestre.

Les inscriptions ET/ OU annulation pour le jour même ne sont pas acceptées.

LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Le prélèvement automatique sur le compte bancaire du client, redevable de la commune de Landrévarzec, est un moyen de règlement adapté pour le paiement des factures de cantine.

Le prélèvement offre au client la tranquillité d'esprit et l'assurance d'un paiement dans les délais. Plus de souci d'oubli de l'échéance, de courrier égaré ou de confusions de références.

Il est gratuit pour le client par rapport au virement automatique mis en place à la banque.

Le prélèvement automatique peut être résilié à tout moment.

Mode de règlement sûr et souple, le prélèvement automatique retiendra très certainement votre attention.

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE:

- 1^{ère} demande de mise en place du prélèvement automatique
- Nous avons opté pour le dispositif de prélèvement automatique l'année scolaire précédente
- Changement de coordonnées bancaires

Merci de bien vouloir cocher la case correspondant à votre situation

MERCI DE JOINDRE UN R.I.B DANS TOUS LES CAS

Le _____

SIGNATURES

NOM & PRÉNOM

Le Père,

NOM & PRÉNOM

La Mère,

ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DU
REGLEMENT INTERIEUR DE LA CANTINE

=

ÉCOLE SAINT RENÉ

Les parents,

NOM PRENOM : _____

ADRESSE : _____

NOM PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Responsable(s) légal (aux) de l'enfant (des enfants) nommé(s) :

Certifie(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine

Pour l'année **2021/2022** et m'engage (nous engageons) à le respecter.

Le _____

SIGNATURE DE L'ELEVE

SIGNATURE DES PARENTS

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

QUESTIONNAIRE MEDICAL
CANTINE
A JOINDRE AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION

REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Père

et/ou

Mère

NOM PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Téléphone Travail : _____ Mail : _____

NOM PRENOM : _____

ADRESSE : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Téléphone Travail : _____ Mail : _____

MEDECIN TRAITANT :

NOM : _____

Numéro de Téléphone : _____

Adresse : _____

Problèmes de Santé /Allergies /Port d'Appareils ... A Signaler :

NOM PRENOM DE L'ENFANT	PROBLEME DE SANTE/ALLERGIE

Merci de bien vouloir faire un Projet d'Accueil Individualisé (voir avec la directrice de l'école)

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

En cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention urgente, nous autorisons la municipalité à prendre toutes les mesures nécessaires

OUI

NON

Fait à _____, Le _____

Signature des représentants légaux :

PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'(LES) ENFANT (S) EN L'ABSENCE DES PARENTS

En cas de situation particulière, merci de prendre contact avec la mairie.

Nom Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____

Nom Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____