MAIRIE D'EDERN
29510 EDERN
☎ 02.98.57.93.22 ✶ 🖷 02.98.57.73.20
06.42.91.56.14
mairie.edern@wanadoo.fr - www.edern.fr

Dossier d'inscription et/ou de réinscription

2023 - 2024

Restauration scolaire

A retourner en mairie

Ecole Saint Joseph

Nom du FOYER : …….....

Nom et prénom des enfants à inscrire	**Classe**
Enfant (1) : ……..	……
Enfant (2) : ……..	……
Enfant (3) : ……..	……
Enfant (4) : ……..	……

Mode d'emploi

Pour inscrire ou réinscrire vos enfants à la restauration scolaire, il vous suffit de remplir la fiche FAMILLE et la ou les fiche/s ENFANT.

Prélèvement automatique : le prélèvement automatique est reconduit de façon tacite pour les familles ayant utilisé ce mode de paiement au cours de l'année scolaire précédente. Si vous souhaitez mettre en place le prélèvement automatique, renseignez-vous auprès de la mairie.
Tout changement de coordonnées bancaires doit être signalé en Mairie.

Dossier à retourner complet en Mairie dans les plus brefs délais
Nous certifions l'exactitude des renseignements portés sur ce document,
Nous nous engageons à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,
Nous autorisons les responsables des activités à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale d'urgence (hospitalisation…).

Nom : ……. Prénom : ……...

Edern, le .....
Signature des responsables légaux :

Fiche Famille

Responsable légal 1

Mme ☐ M. ☐

Père ☐ Mère ☐ Tuteur/Représentant légal ☐..... Nationalité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ....

CP : ……. Ville : ..... Email : .....

☎Domicile : ..... ☎Portable : .....

Situation professionnelle

Profession : ..... Employeur : .....

☎Bureau : .....

(*) N° allocataire CAF :

Responsable légal 2

Mme ☐ M. ☐

Père ☐ Mère ☐ Tuteur/Représentant légal ☐..... Nationalité : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : ....

CP : ……. Ville : ..... Email : .....

☎Domicile : ..... ☎Portable : .....

Situation professionnelle

Profession : ..... Employeur : .....

☎Bureau : .....

Situation familiale

Célibataire ☐ Mariés ☐ Vie maritale ☐ Pacsés ☐ Veuf (ve) ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐
En instance de divorce ☐

Nombre d'enfants à charge : ……

(*) Le numéro d'allocataire est demandé car les tarifs sont en fonction du quotient familial. Si celui-ci n'est pas renseigné, le tarif le plus élevé vous sera appliqué.

Enfant 1

Sexe : F ☐ M ☐ Ecole : ……Classe : ……

Nom : ……..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... **Lieu de naissance :** .....

Compagnie Assurance : ……**N° contrat :** .....

Nom du Médecin traitant et N° Tél : .....

Allergies ou intolérances alimentaires * **: oui ☐ non ☐ Préciser :** .....

.....

Inscription :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4 jours/semaine ☐ (mensualisation sur 10 mois sur la base de 141 jours d'école)

Présence régulière ☐ ⇨ Cocher les jours réguliers pour l'année : lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐

Présence irrégulière ☐ ⇨ Coupon de présence à compléter chaque semaine ou inscription sur portail famille

Aide aux devoirs : oui ☐ non ☐

Prélèvement automatique : oui ☐ non ☐

Enfant 2

Sexe : F ☐ M ☐ Ecole : ……Classe : ……

Nom : ……..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... **Lieu de naissance :** .....

Compagnie Assurance : ……**N° contrat :** .....

Nom du Médecin traitant et N° Tél : .....

Allergies ou intolérances alimentaires * **: oui ☐ non ☐ Préciser :** .....

.....

Inscription :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4 jours/semaine ☐ (mensualisation sur 10 mois sur la base de 141 jours d'école)

Présence régulière ☐ ⇨ Cocher les jours réguliers pour l'année : lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐

Présence irrégulière ☐ ⇨ Coupon de présence à compléter chaque semaine ou inscription sur portail famille

Aide aux devoirs : oui ☐ non ☐

Prélèvement automatique : oui ☐ non ☐

* **Si oui, se référer à la procédure à suivre dans la rubrique « Dispositions particulières ».**

Enfant 3

Sexe : F ☐ M ☐ **Ecole :** ……**Classe : ……**

Nom : …… **Prénom :** ……

Date de naissance : …… **Lieu de naissance :** ……

Compagnie Assurance : ……**N° contrat :** ……

Nom du Médecin traitant et N° Tél : ……

Allergies ou intolérances alimentaires * **: oui ☐ non ☐** **Préciser :** ……

……

Inscription :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4 jours/semaine ☐ (mensualisation sur 10 mois sur la base de 141 jours d'école)

Présence régulière ☐ ⇨ Cocher les jours réguliers pour l'année : lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐

Présence irrégulière ☐ ⇨ Coupon de présence à compléter chaque semaine ou inscription sur portail famille

Aide aux devoirs : **oui ☐** **non ☐**

Prélèvement automatique : oui ☐ **non ☐**

Enfant 4

Sexe : F ☐ M ☐ **Ecole :** ……**Classe : ……**

Nom : …… **Prénom :** ……

Date de naissance : …… **Lieu de naissance :** ……

Compagnie Assurance : ……**N° contrat :** ……

Nom du Médecin traitant et N° Tél : ……

Allergies ou intolérances alimentaires * **: oui ☐ non ☐** **Préciser :** ……

……

Inscription :

Restaurant scolaire :

Abonnement 4 jours/semaine ☐ (mensualisation sur 10 mois sur la base de 141 jours d'école)

Présence régulière ☐ ⇨ Cocher les jours réguliers pour l'année : lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐

Présence irrégulière ☐ ⇨ Coupon de présence à compléter chaque semaine ou inscription sur portail famille

Aide aux devoirs : **oui ☐** **non ☐**

Prélèvement automatique : oui ☐ **non ☐**

DISPOSITIONS PARTICULIERES

En cas d'allergies ou d'intolérances alimentaires, vous devez faire établir par votre médecin traitant ou allergologue, un certificat détaillé (type d'allergie, régime auquel votre enfant est soumis, dispositions à prendre en cas de problème …).