

FICHE D'INSCRIPTION

Téléphone : 02.43.88.52.28 (MAIRIE)

e-mail : accueil@mairielouplande.frCourriel : _____ *Obligatoire*

INFORMATIONS FAMILLE

PARENTS OU RESPONSABLE LEGAL 1

☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ N° portable : _____

PARENTS ou RESPONSABLE LEGAL 2

☐ père ☐ mère ☐ tuteur ☐ autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse si différente : _____

CP : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ N° portable : _____

Allocataire : ☐ CAF ☐ MSA ☐ AUTRE :Numéro d'Allocataire (*Obligatoire*) : QF : (joindre le justificatif)Garde alternée : ☐ oui ☐ non si oui Numéro Allocataire parent 2..... QF :☐ Je déclare avoir une assurance responsabilité civile.

J'inscris mon ou mes enfant(s) : J'opte pour repas occasionnel (1) ; repas mensuel (2)

Nom et Prénom de l'enfant	classe	Occasionnel (1)	Mensuel (cocher les jours) (2)

(1) Je m'engage à déposer dans la boîte aux lettres de la Mairie, les prévisions à l'aide du document pré-imprimé (à retirer en Mairie) chaque lundi pour les repas de la semaine suivante.

(2) lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐En cas de mensualisation, je m'engage à payer tous les repas de cantine jusqu'à la fin de l'année scolaire 2025-2026. Je choisis de régler par prélèvement automatique (voir courrier annexé) oui ☐ non ☐VOLET MEDICAL :

En cas d'accident, d'urgence ou d'absence des responsables de l'enfant :

Je soussigné(e)

Autorise les personnes responsables à faire appel aux services d'urgence et de secours (le 15).

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I) :Existence d'un PAI pour les enfants présentant une allergie alimentaire : OUI ☐ NON ☐

Concerne l'enfant.....

Signé le avec le docteur

Fait le.....

Signature des parents

