

## INSCRIPTION CANTINE – ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

Fiche d'inscription à retourner au service Scolaire en mairie – 27 rue Saint Denis - 95770 Montreuil-sur-Epte ou par mail : [mairiementreueillept@orange.fr](mailto:mairiementreueillept@orange.fr)  
avant le 15 juillet 2019

1 fiche par enfant

Prix du repas par enfant : 4.13€

Enfant :

|                    |          |
|--------------------|----------|
| NOM :              | Prénom : |
| Adresse complète : | École :  |
|                    | Classe   |

### Période d'inscription

Forfait : DP 1  DP2  DP3  DP 4

DP 1 : demi-pensionnaire 1 j/semaine

DP 3 : demi-pensionnaire 3 j/semaine

DP 2 : demi-pensionnaire 2 j/semaine

DP 4 : demi-pensionnaire 4 j/semaine

**Cocher les jours de présence de votre enfant à la cantine :**

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Observations :

Régime alimentaire particulier :

### RECEPISSÉ DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Année scolaire 2019 – 2020

Je soussigné (Nom, prénom du représentant légal) :

Adresse précise :

Reconnais avoir reçu le règlement intérieur de la restauration scolaire, en avoir pris connaissance et l'accepter.

Fait à :

Le :

Signature du représentant légal (obligatoire)

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS – RESTAURATION SCOLAIRE

| PÈRE   | MÈRE                     |
|--|--------------------------|
| Nom :  | NOM :                    |
| Prénom :   | Prénom :                 |
| Adresse :  | Adresse :                |
| Tél personnel :  | Tél personnel :          |
| Profession :   | Profession :             |
| Adresse de l'employeur :   | Adresse de l'employeur : |
| Tél professionnel :  | Tél professionnel :      |
| Adresse mail :   | Adresse mail :           |
| <b>L'adresse mail est obligatoire pour le règlement par internet</b> |                          |

### ENFANT

Fille

Garçon

|   |
|---|
| Nom :   |
| Prénom :  |
| Date de naissance :                                 |
| Lieu de naissance :                                 |
| N° de Sécurité Sociale de rattachement :            |
| N° Allocataire à la Caisse d'Allocation Familiale : |

|          |
|----------|
| École :  |
| Classe : |

|                                |
|--------------------------------|
| Allergie :                     |
| Allergie alimentaire :         |
| Contre-indication médicale :   |
| Nom du Médecin traitant<br>Tél |

En cas de P.A.I., merci de nous transmettre une copie

En cas d'urgence, personnes majeures à prévenir et autorisées à venir chercher votre enfant

| Nom et Prénom | Adresse et numéro de téléphone | Lien de parenté avec l'enfant |
|---------------|--------------------------------|-------------------------------|
|               |                                |                               |
|               |                                |                               |
|               |                                |                               |

**ATTENTION - Prière de renseigner entièrement cette fiche pour une inscription effective**