Ecole Publique du Chat Perché
Argenton les Vallées
Commune d'Argentonnay

Dossier d'inscription au Restaurant Scolaire Année 2017/2018

Chers parents,

Ci-joint le dossier d'inscription **obligatoire pour toute fréquentation régulière ou occasionnelle** au restaurant scolaire.

Vous trouverez ci-joint :

- Le formulaire d'inscription au Restaurant Scolaire à retourner
- Le règlement intérieur : retourner uniquement le coupon « Acceptation du règlement »
- La fiche sanitaire à retourner
- Un planning annuel à retourner
- La demande d'autorisation de prélèvement automatique à retourner

Liste des pièces à fournir :

- Photocopie du livret de famille
- Photocopie d'un justificatif de domicile de la résidence principale (facture d'électricité, gaz, téléphone, quittance de loyers) datant de moins de deux mois.
- L'attestation d'assurance scolaire (à fournir au plus tard le 15 septembre 2017)
- Un Relevé d'Identité Bancaire en cas de souscription au prélèvement automatique

Argentonnay ensemble on va plus loin

DOSSIER A RETOURNER A LA MAIRIE D'ARGENTONNAY AU PLUS TARD LE 28/06/2017

Adresse : 4 place Léopold Bergeon – 79150 ARGENTONNAY

Tél : 05.49.65.70.22

Horaires d'ouverture :

du lundi au vendredi matin : de 9h à 12h30
les lundis, mardis et jeudis après-midi : de 15h à 17h
les 2ème et 4ème samedis matin : de 9h à 12h

FACTURATION DES REPAS

☐ J'opte pour le prélèvement automatique. Dans ce cas merci de remplir le formulaire d'autorisation.
Les familles ayant déjà opté pour ce mode de paiement l'année scolaire précédente doivent remplir à nouveau ce document.

☐ Je règlerai chaque mois par chèque bancaire à l'ordre du Trésor Public, accompagné du talon de la facture, sans le coller ni l'agrafer à envoyer au Centre des Finances de Bressuire 124 Boulevard de Poitiers, 79300 BRESSUIRE.

☐ Je règlerai chaque mois en espèces au Centre des Finances de Bressuire.

☐ Je règlerai chaque mois en ligne sur la plate-forme TIPI (lien sur le site d'Argentonnay : https://www.argentonnay.fr/).

Les factures sont envoyées directement aux familles. Le paiement ne s'effectue en aucun cas à la mairie.
En cas de facturation inférieure à 15€, le montant sera reporté sur la facture du mois suivant.

Je (nous) soussigné(e)(s) …… (NOM Prénom) agissant en qualité de détenteur de l'autorité parentale, inscrit mon (mes) enfant(s) au service de restauration scolaire, et :

☑ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à prévenir la mairie en cas de modifications,

☑ m'engage à respecter les modalités de fonctionnement comme énoncées dans le règlement joint,

☑ autorise le personnel de service à contacter les services d'urgence en cas de nécessité,

A : _____ Le _____

Signature(s) précédée(s) de la mention «Lu et approuvé » :

***N.B.* : en cas de non retour de cet imprimé, nous déclinons toute responsabilité en cas d'accident.**

ENFANT N°1

Nom : ---------- Classe : ----------

Prénom : ----------

Date de naissance : ---------- ☞ Acceptez-vous que votre enfant mange de la

Lieu de naissance : ---------- viande de porc ? ❒ oui ❒ non

Allergies ou intolérances alimentaires* : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser l'allergie : _____

ENFANT N°2

Nom : ---------- Classe : ----------

Prénom : ----------

Date de naissance : ---------- ☞ Acceptez-vous que votre enfant mange de la

Lieu de naissance : ---------- viande de porc ? ❒ oui ❒ non

Allergies ou intolérances alimentaires* : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser l'allergie : _____

ENFANT N°3

Nom : ---------- Classe : ----------

Prénom : ----------

Date de naissance : ---------- ☞ Acceptez-vous que votre enfant mange de la

Lieu de naissance : ---------- viande de porc ? ❒ oui ❒ non

Allergies ou intolérances alimentaires* : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser l'allergie : _____

ENFANT N°4

Nom : ---------- Classe : ----------

Prénom : ----------

Date de naissance : ---------- ☞ Acceptez-vous que votre enfant mange de la

Lieu de naissance : ---------- viande de porc ? ❒ oui ❒ non

Allergies ou intolérances alimentaires* : Oui ☐ Non ☐

Si oui, préciser l'allergie : _____

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

RESPONSABLES LEGAUX

PERE

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

CP et Ville : ----------

Tél dom. : ----------

Portable : ----------

Mail : ----------

Date / lieu naiss : ----------

Profession : ----------

Employeur : ----------

Tél : ----------

MERE

Nom : ----------

Prénom : ----------

Adresse : ----------

CP et Ville : ----------

Tél dom. : ----------

Portable : ----------

Mail : ----------

Date / lieu naiss : ----------

Profession : ----------

Employeur : ----------

Tél : ----------

SITUATION FAMILIALE

Célibataire ☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Veuf (ve) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ En Concubinage ☐

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Allocataire : Oui ☐ Non ☐ Numéro allocataire : _____

Nom et n° contrat Mutuelles : _____

N° Sécurité Sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

AUTRES PERSONNES A CONTACTER SI BESOIN

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

Tél : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

Tél : _____

Je (nous) autorise (autorisons) les personnes mentionnées ci-dessus à venir cherche mon (notre, nos) enfant(s) en cas de besoin ou d'urgence.

MEDECIN TRAITANT

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

Tél : _____