**RESTAURANT SCOLAIRE - FICHE FAMILIALE D’INSCRIPTION –**

**Année Scolaire 2021 - 2022**

**A retourner au secrétariat de la mairie ou par mail pour le 22 juin 2021**

**Cette fiche d’inscription est obligatoire pour bénéficier**

**du service de restauration scolaire.**

**1. Le ou Les enfant(s)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1er enfant | 2ème enfant | 3ème enfant | 4ème enfant |
| Nom |  |  |  |  |
| Prénom |  |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |  |  |
| Classe |  |  |  |  |

**2. Présence à la cantine**

🞽 **annuelle 🞏 ⇨** Préciser par une croix les jours dans le tableau ci-après

🞽 **occasionnelle 🞏 ⇨** se référer au règlement de cantine,  rubrique « fonctionnement

 du restaurant scolaire »

|  |
| --- |
| **Fréquentation Annuelle**(chaque semaine en période scolaire) |
|  | 1er enfant | 2ème enfant | 3ème enfant | 4ème enfant |
| Lundi |  |  |  |  |
| Mardi |  |  |  |  |
| Jeudi |  |  |  |  |
| Vendredi |  |  |  |  |

**3. La Famille**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Représentant légal 1 | Représentant légal 2 |
| NOM Prénom |  |  |
| Adresse |  |  |
| Email |  |  |
| Téléphone fixe  |  |  |
| Téléphone mobile |  |  |
| Lieu de travail(nom et adresse de l’entreprise) |  |  |

**4. Assurance responsabilité civile**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Compagnie d’assurance | Nom du souscripteur | N° de contrat |
|  |  |  |

**5. Allergies :** Joindre le certificat médical.

**6. Tarifs - Facturation**

Les factures sont établies chaque mois par la commune de Dhuizon selon le nombre de repas effectivement consommés (et/ou non décommandés).

La facturation est réalisée à partir des pointages de présence effectués chaque jour par les personnels encadrant la restauration scolaire.

Une facture par famille sera adressée au payeur désigné ci-après.

Afin de permettre aux familles de s’acquitter le plus facilement possible des sommes dues, plusieurs modes de paiement sont utilisables (espèces, chèques, paiement par internet)

Les paiements en espèces et par chèque sont à effectuer au Trésor Public directement ou libellé à cet ordre.

**PAYEUR (**1 seul payeur possible)

NOM : ………………………………………………………………………………………………………..

PRENOM :………………………………………………………………………………………………

ADRESSE :……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7. Accueil à caractère exceptionnel**

Pour prendre en compte la notion de dépannage, un accueil pourra être proposé aux enfants non-inscrits. Le règlement de la prestation se fera au moyen d’un ticket à retirer au secrétariat de mairie

CAF :

 Nom  Prénom : …………………………………….

 Numéro Allocataire

Fait à…………………….. le,

Signature du représentant légal