

**Fiche d’inscription**

**Année scolaire 2019**

Fiche d’inscription

Restauration scolaire

**Responsable légal**

**Nom et prénom** : ...............................................................................................................................

**Adresse complète :** ...............................................................................................................................

**Département :** ...............................................................................................................................

**Tel fixe :** ...............................................................................................................................

**Tel mobile :** ...............................................................................................................................

**Email :** ...............................................................................................................................

**Numéro allocataire CAF :** ...............................................................................................................................

**Quotient familial CAF :** ...............................................................................................................................

**Merci de joindre votre bon CAF à agrafer**

**J’accepte la transmission de mes données dans le but de bénéficier de ce service**

**Coreprésentant**

**Nom et prénom** : ...............................................................................................................................

**Adresse complète :** ...............................................................................................................................

**Département :** ...............................................................................................................................

**Tel fixe :** ...............................................................................................................................

**Tel mobile :** ...............................................................................................................................

**Email :** ...............................................................................................................................

**Numéro allocataire CAF :** ...............................................................................................................................

**Quotient familial CAF :** ...............................................................................................................................

**J’accepte la transmission de mes données dans le but de bénéficier de ce service**

**Mode de réception des factures**

Courrier postal Courrier électronique

**ENFANTS À INSCRIRE À LA RESTAURATION SCOLAIRE**

**1er enfant**

**Nom et prénom** : ...............................................................................................................................

**Date de naissance** : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Nom du collège fréquenté par l’enfant : ............................................................................................

Inscription régulière avec choix des jours : Lundi Mardi Mercredi Jeudi

Vendredi

**2ème enfant**

**Nom et prénom** : ...............................................................................................................................

**Date de naissance** : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Nom du collège fréquenté par l’enfant : ............................................................................................

Inscription régulière avec choix des jours : Lundi Mardi Mercredi Jeudi

Vendredi

**3ème enfant**

**Nom et prénom** : ..............................................................................................................................

**Date de naissance** : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Nom de l’école fréquentée par l’enfant : ............................................................................................

Inscription régulière avec choix des jours : Lundi Mardi Mercredi Jeudi

Vendredi

**Ces choix sont valables toute l’année. Ils serviront de base pour la facturation mensuelle. Toute modification ponctuelle devra intervenir conformément au règlement départemental de la restauration.**

« Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsable légal de(s) l’enfant(s), certifie l’exactitude des informations fournies et atteste avoir pris connaissance et approuvé le règlement départemental de restauration qui m’a été remis lors de l’inscription »

Fait à ……………………..

le \_ \_/ \_ \_/ 201\_ Signature :