VILLE DE FIGEAC (Lot)

SERVICE RESTAURATION ET/OU ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Fiche 2

FICHE FAMILLE

ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018

RENSEIGNEMENTS PARENTS

Nom et prénom (père): ----------

Nom et prénom (mère)----------

Domicile : ----------

Téléphone : ----------

Mail (obligatoire) : ---------- @ ----------

RENSEIGNEMENTS ENFANT(S) SCOLARISÉS EN PRIMAIRE

	PREMIER	DEUXIÈME	TROISIEME	QUATRIEME
NOM				
Prénom				
Date de naissance				
Ecole				
Classe				

Demandons l'inscription de (mon) ou (mes) enfant(s) aux prestations suivantes :

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE (hors APE)

1) ☐ Matin : 7h 30/ 8h 35
2) ☐ Soir : 16h 45/ 19h 15
3) ☐ Mercredi matin : 7h 30/ 8h 35

☐ lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi

Personnes autorisées à prendre en charge l'élève à la sortie de l'école

NOM / PRENOM – tél :----------
NOM / PRENOM – tél : ----------

RESTAURANT SCOLAIRE

☐ lundi ☐ mardi ☐ mercredi (avec obligation d'inscription au Centre de Loisirs)
☐ jeudi ☐ vendredi

Prix du repas	Catégorie A	3,05 €	
	Catégorie B	2,44 €	
	Catégorie C	1,98 €	
	Catégorie D	1,52 €	
	Catégorie E	1,07 €	
	Catégorie F	0,76 €	

☐ Je souhaite recevoir la facture sur support papier (à défaut support dématérialisé)

Informations concernant l'enfant

En cas d'allergies alimentaires : aliments interdits selon avis médical joint*: ***Merci de joindre une photo d'identité pour le service de restauration scolaire***. Prénom de l'enfant :

---

autres (pas de viande - pas de porc) :----------

Reconnaissons avoir reçu et pris connaissance des règlements relatifs au fonctionnement de ces deux services.
Le Signature(s) du ou des représentant(s) légal(aux)

*Si votre enfant souffre d'allergies alimentaires ou que votre médecin préconise des aménagements à la cantine scolaire pour un problème de santé, des médicaments à administrer en cas d'urgence, un projet d'accueil individualisé devra être réalisé avec le médecin scolaire. Vous devez lui fournir un bilan allergologique ou un bilan médical en début d'année scolaire. **Centre médico-scolaire - ☎: 05.65.34.02.21**