



SERVICE RESTAURATION ET/OU
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE
FICHE FAMILLE
ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

Fiche 2

RENSEIGNEMENTS PARENTS

DEPÔT DU DOSSIER : Père Mère Autre

Responsable 1 : Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél. / mail (obligatoire) : _____

Responsable 2 : Nom et prénom _____

Adresse : _____

Tél. / mail (obligatoire) : _____

RENSEIGNEMENTS ENFANT(S) SCOLARISÉ(S) EN MATERNELLE ET ÉLÉMENTAIRE

| | Premier enfant | Deuxième enfant | Troisième enfant | Quatrième enfant |
|--------|----------------|-----------------|------------------|------------------|
| Nom | | | | |
| Prénom | | | | |
| Ecole | | | | |
| Classe | | | | |

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE (hors APE)

- Matin : 7h 30 / 8h 35 (y compris le mercredi matin)
- Midi (animations Fédération Partir uniquement pour les écoles élémentaires)
- Soir : 16h 45 / 19h 15 (animations Fédération Partir uniquement pour les écoles élémentaires)
- Pas besoin d'accueil périscolaire

PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ÉLÈVE A LA SORTIE DE L'ÉCOLE

Nom / Prénom – tél : _____

Nom / Prénom – tél : _____

RESTAURANT SCOLAIRE

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

| | | | |
|---|---------|--------|--|
| Prix du repas <i>A titre d'information, le prix de revient d'un repas (nourriture, personnel, transport) s'établit à 7,75€</i> | Tarif A | 0,76 € | |
| | Tarif B | 1,12 € | |
| | Tarif C | 1,58 € | |
| | Tarif D | 2,06 € | |
| | Tarif E | 2,54 € | |
| | Tarif F | 3,30 € | |
| | Tarif G | 3,55 € | |

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

ALLERGIE(S) / PRATIQUE ALIMENTAIRE

En cas d'allergies alimentaires : aliments interdits selon avis médical joint* : *Merci de joindre une photo d'identité si allergie 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)



ENQUÊTE RELATIVE À LA MODULATION DES PRIX

Imprimé à remplir et à retourner en Mairie au Service Education
8 Rue de Colomb - Tél : 05.65.50.05.40 / Mail : affaires.scolaires@ville-figeac.fr

COMPOSITION DE LA FAMILLE

| NOM (S) et PRÉNOMS | DATE DE NAISSANCE | PROFESSION | NOM – ADRESSE de l'EMPLOYEUR |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Responsable 1 | | | |
| Responsable 2 | | | |
| Enfants | | | |
| Autres membres du foyer | | | |

Pièces justificatives : cf. fiche 3

CADRE RESERVE A LA MAIRIE

Attestation de paiement CAF _____

Photocopie de l'avis d'impôt 2024 (impôt sur les revenus 2023 avant déduction) _____

ou Bulletin de salaire de décembre 2023 _____

Autres _____

TOTAL DES RESSOURCES : _____ QUOTIENT FAMILIAL : _____

NOMBRE DE PERSONNES : _____ TARIF : _____

Figeac, le

**Signature(s) du ou des représentant(s)
légal (aux)**