



VILLE DE FIGEAC (Lot)
**SERVICE RESTAURATION ET/OU ACCUEIL
PÉRISCOLAIRE**
FICHE FAMILLE
ANNÉE SCOLAIRE 2019/2020

Fiche 2

RENSEIGNEMENTS PARENTS

Nom et prénom (père) : -----

Nom et prénom (mère) : -----

Domicile : -----

Téléphone : -----

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

RENSEIGNEMENTS ENFANT(S) SCOLARISÉ(S) EN PRIMAIRE

	PREMIER	DEUXIÈME	TROISIÈME	QUATRIÈME
NOM				
Prénom				
Date de naissance				
Ecole				
Classe				

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

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE (hors APE)

1) Matin : 7h 30 / 8h 35 (y compris le mercredi matin)

2) Soir : 16h 45 / 19h 15

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	Catégorie B	Catégorie C	Catégorie D	Catégorie E	Catégorie F
<i>A titre d'information, le prix de revient d'un repas (nourriture, personnel, transport) s'établit à 6,93€</i>	3,05 €	2,44 €	1,98 €	1,52 €	1,07 €	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



ENQUÊTE RELATIVE À LA MODULATION DES PRIX

Imprimé à remplir et à retourner au Service Affaires Scolaires – Mairie de Figeac –
8 Rue de Colomb - 46100 FIGEAC Tél : 05.65.50.05.40. Mail : affaires.scolaires@ville-figeac.fr

NOM – Prénom du responsable de l'enfant : -----

Adresse précise :-----

COMPOSITION DE LA FAMILLE

<i>NOMS et PRÉNOMS</i>	<i>DATE DE NAISSANCE</i>	<i>PROFESSION</i>	<i>NOM –ADRESSE de l'EMPLOYEUR</i>
PERE			
MERE			
ENFANTS :			
AUTRES PERSONNES			

REVENU ANNUEL DU PÈRE (total des salaires et assimilés) (ou du concubin) :

Notification des droits C.A.F :

REVENU ANNUEL DE LA MÈRE (total des salaires et assimilés) (ou de la concubine) :

**Photocopie de votre avis d'impôt 2019
 (impôt sur les revenus 2018 avant déduction ou
bulletin de salaire de décembre 2018).**

REVENU ANNUEL DES ENFANTS EN APPRENTISSAGE (total des salaires et assimilés):

CADRE RESERVÉ À LA MAIRIE	
TOTAL DES RESSOURCES :-----	QUOTIENT FAMILIAL :-----
NOMBRE DE PERSONNES :-----	TARIF -----

FIGEAC, le
 Signature(s) du ou des représentant(s)
 légal(aux) :