

PLANNING ANNUEL

RESTAURATION SCOLAIRE :

SP : Semaine Paire

SI : Semaine Impaire

NOM	Prénom	RÉGULIER				REPAS PLANIFIÉ (remplir planning mensuel)	REPAS OCCASIONNEL	SP	SI
		LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI				

→ Régime particulier : Sans porc Sans viande Autre :

→ Allergie ou trouble de santé (Voir fiche renseignement enfant)

PLANNING MENSUEL

RESTAURATION SCOLAIRE :

NOMS	PRENOMS	CLASSE	ECOLE

Cochez la case correspondante :

SEMAINE N°				
PRENOMS	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

SEMAINE N°				
PRENOMS	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

SEMAINE N°				
PRENOMS	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

SEMAINE N°				
PRENOMS	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI

PLANNING ANNUEL
ACCUEIL PERISCOLAIRE :

M : Matin AM : Après Midi

SP : Semaine Paire SI : Semaine Impaire

NOM	Prénom	LUNDI			MARDI			JEUDI			VENDREDI			PLANIFIÉ (Remplir planning mensuel)	SP	SI
		Petit déjeuner	M	AM	Petit déjeuner	M	AM	Petit déjeuner	M	AM	Petit déjeuner	M	AM			

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Heures d'arrivée le matin				
Heures de départ le soir				

PLANNING MENSUEL
ACCUEIL PERISCOLAIRE :

NOMS	PRENOMS	CLASSE	ECOLE

Cochez les cases correspondantes

	Semaine n°		
DATE	Matin	Petit déjeuner	Soir
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

	Semaine n°		
DATE	Matin	Petit déjeuner	Soir
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

	Semaine n°		
DATE	Matin	Petit déjeuner	Soir
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

	Semaine n°		
DATE	Matin	Petit déjeuner	Soir
Lundi			
Mardi			
Jeudi			
Vendredi			

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Heures d'arrivée le matin				
Heures de départ le soir				

FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE, RESTAURANT SCOLAIRE
(Un seul exemplaire par famille)

Enfant(s) bénéficiaire(s) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe

Nom et prénom des parents responsables de(s) l'enfant(s) :

Parent 1 : Autorité parentales : Oui Non (si non, joindre jugement de divorce)

Nom, Prénom :

Adresse :

N° tél domicile :/N°tél portable :

Nom et lieu de travail :/N°tél travail :

E-mail :

Parent 2 : Autorité parentales : Oui Non (si non, joindre jugement de divorce)

Nom, Prénom :

Adresse :

N° tél domicile :/N°tél portable :

Nom et lieu de travail :/N°tél travail :

E-mail :

Assurance responsabilité civile : Oui Non (joindre obligatoirement la photocopie de l'attestation)

Numéro allocataire Caf ou MSA ou autre :

Montant quotient familial (joindre obligatoirement Photocopie) :

Destinataire de la facture : Mère Père Autres à préciser

Souhaitez-vous un règlement par prélèvement : Oui Non (Si OUI fournir un RIB)

M.et/ou Mme :

- Autorise(nt), mon(mes) enfant(s) à être pris en photo Oui Non

- Autorise le personnel communal à assurer les trajets allers/retours entre l'école et

l'accueil périscolaire.

- Autorise mon ou mes enfant (s) à rentrer de l'accueil périscolaire seul(e) : Oui Non

- Horaire :

-Autorise (ent) la municipalité à consulter mon dossier allocataire Caf Pro : Oui Non

M.et/ou Mmedéclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur du service de restauration scolaire, d'accueil périscolaire, qui leur a été remis, approuvent celui-ci et s'engagent à le respecter.

Date :

Signature des parents ou du responsable légal :

