



Mairie de LAGARDE
 ☎ 05 61 81 65 40
 ☎ Garderie : 06 32 91 10 58



Mairie de MONTCLAR
 ☎ 05 61 27 17 43
 ☎ Garderie : 06 07 10 98 90

FICHE D'INSCRIPTION RESTAURATION 2022-2023

Remplir une fiche par enfant

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	CLASSE

<u>Père ou représentant légal</u>
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel mobile : ___/___/___/___/___
Mail : _____
<u>Mère ou représentant légal</u>
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel mobile : ___/___/___/___/___
Mail : _____
<u>Autre (tuteur, famille d'accueil, ...)</u>
Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel mobile : ___/___/___/___/___
Mail : _____

1- Inscription au restaurant scolaire :

Cocher le ou les jours ou votre enfant mangera à la cantine :

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI

MERCREDI sur LAGARDE**

MERCREDI sur MONTCLAR**

**Inscription obligatoire sur la commune de résidence

2- Tarif repas :

TARIF REPAS ACTUEL	TARIF REPAS A partir du 1 ^{er} janvier 2023
3.85 €	4.15 €

3- Payeur (un seul choix possible)

En cas de garde alternée, il ne sera pas établi de « facture partagée ». **Une seule facture sera envoyée au PAYEUR désigné.**

Père

Mère

Autre

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel fixe : ____/____/____/____/____ Tel mobile : ____/____/____/____/____

Mail : _____

4- Renseignements médicaux

Nom et prénom du médecin traitant : _____

n° de téléphone du médecin traitant : _____

Allergie : OUI NON Si **OUI** lesquelles : _____

Sans viande : OUI NON

Sans porc : OUI NON

PAI : OUI NON Si oui, merci de joindre une copie

- **Je certifie** sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande ,

- **Je m'engage** à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,

- **J'autorise** le personnel, le cas échéant, à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale d'urgence (hospitalisation...)

Fait à : _____ Le : _____

Le père

La mère

Autre (préciser)