



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



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

FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

Année/.....

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	CLASSE
.....

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

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

- Toutes modifications de repas (annulation ou rajout) doivent parvenir par mail à : commune-de-lagarde@orange.fr

(Le tarif en vigueur au 01/01/2023 de 4,15€ par repas est susceptible d'être modifié)

<input type="checkbox"/> <u>Payeur*</u> <p style="text-align: center;"><u>Père ou représentant légal</u></p> Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel mobile : ___/___/___/___/___ Mail : _____
<input type="checkbox"/> <u>Payeur*</u> <p style="text-align: center;"><u>Mère ou représentant légal</u></p> Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel mobile : ___/___/___/___/___ Mail : _____
<input type="checkbox"/> <u>Payeur*</u> <input type="checkbox"/> <u>Autre (tuteur, famille d'accueil, ...)</u> Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Tel fixe : ___/___/___/___/___ Tel mobile : ___/___/___/___/___ Mail : _____

** Un seul choix possible*

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 : _____

Signature :

Le père

La mère

Autre (préciser)