



Aimargues – Aubord – Beauvoisin – Le Cailar – Vauvert

## Fiche d'inscription – Restauration scolaire

### Année Scolaire 2017/2018

Indiquer votre commune :  Aimargues       Aubord       Beauvoisin       Le Cailar

**1ère inscription :** joindre obligatoirement une photocopie du livret de famille et remplir le formulaire en intégralité.

**ou renouvellement :** remplir le formulaire ci-dessous en intégralité.

Merci de bien vouloir écrire LISIBLEMENT

<u>1<sup>er</sup> enfant :</u> Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ..... Ecole : ..... Niveau d'entrée en classe* : ..... Commune : ..... Allergies (fournir justificatif médical) : .....	<u>2<sup>ème</sup> enfant :</u> Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ..... Ecole : ..... Niveau d'entrée en classe* : ..... Commune : ..... Allergies (fournir justificatif médical) : .....
<u>3<sup>ème</sup> enfant :</u> Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ..... Ecole : ..... Niveau d'entrée en classe* : ..... Commune : ..... Allergies (fournir justificatif médical) : .....	<u>4<sup>ème</sup> enfant :</u> Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ..... Ecole : ..... Niveau d'entrée en classe* : ..... Commune : ..... Allergies (fournir justificatif médical) : .....

\* Niveau scolaire de l'enfant à sélectionner parmi :

**Maternelle :** TPS : toute petite section / PS : Petite section / MS : Moyenne section / GS : Grande section

**Elémentaire :** CP / CE1 / CE2 / CM1 / CM2

**MERE - Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Tél. portable : ..... Tél. fixe : ..... Tél. travail : .....

E.mail : .....@ .....

**PERE - Nom :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Tél. portable : ..... Tél. fixe : ..... Tél. travail : .....

E.mail : .....@ .....

**Autorité parentale (en cas de parents séparés)** Mère  Père  Conjointe

**Médecin de famille traitant :** ..... **Tél. :** .....

**Personnes autorisées à récupérer l'enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Tél. :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Tél. :** .....

**Nom :** ..... **Prénom :** ..... **Tél. :** .....

**Autorisation diverses :**

- Autorisation de prévenir le médecin ou les pompiers en cas d'urgence : Oui  Non
- Autorisation d'administrer des médicaments dans le cadre d'un PAI : Oui  Non
- Autorisation d'utilisation de l'image photo ou vidéo de votre (vos) enfant(s) dans le cadre de reportages Presse ou Télévision : Oui  Non

Le portail famille de la restauration vous permet de réserver vos repas et payer vos factures en ligne 7j/7 et 24h/24 en bénéficiant de délais de réservation plus importants. **Pour adhérer à ce service gratuit**, faites en la demande à l'adresse mail suivante : **restauration@cc-petitecamargue.fr**

J'atteste avoir pris connaissance du règlement du service de restauration scolaire et en accepter les conditions :  
Le..... Signature

**Première inscription :**

Joindre impérativement une photocopie du livret de famille.

**A remplir et à rendre aux agents de la restauration de votre commune ou à envoyer à l'adresse suivante :**

**COMMUNAUTE DE COMMUNES PETITE CAMARGUE  
SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE  
145 AVENUE DE LA CONDAMINE  
30600 VAUVERT**

**Les documents sont téléchargeables sur notre site : [www.petitecamargue.fr](http://www.petitecamargue.fr) rubrique **restauration scolaire****