

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
~  
DÉPARTEMENT DE LA VIENNE  
~  
ARRONDISSEMENT DE CHATELLERAULT  
~  
COMMUNE  
LES TROIS-MOUTIERS  
86120

Tél. : 05.49.22.63.90  
E.mail : mairie@3-moutiers.fr

**FICHE FAMILIALE D'INSCRIPTION**

**RESTAURANT SCOLAIRE**

**ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025**  
*(1 imprimé par famille)*

*A retourner en mairie avant le 19/07/2024*

**PARENTS**

N° CAF ou MSA : \_\_\_\_\_

**Tuteur légal des enfants**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél domicile \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tél employeur \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tél portable \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Conjoint**

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél domicile \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tél employeur \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tél portable \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Adresse courriel \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Relais possible en cas d'urgence n° \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ chez M. \_\_\_\_\_

**PAIEMENT DES REPAS**

**Prélèvement automatique** <sup>1</sup> : OUI  NON  ou **Chèque** <sup>2</sup> : OUI  NON

<sup>1</sup> si oui, vous présenter en mairie avec un relevé d'identité bancaire.

<sup>2</sup> Chèque libellé à l'ordre du Trésor Public

**ENFANTS**

NOM	PRENOM	Né(e) le	CLASSE	ECOLE	Déjeunera à la cantine le jour de la rentrée (1)	
					OUI	NON
					OUI	NON
					OUI	NON
					OUI	NON

(1) rayer la mention inutile

## JOURS DE REPAS

<b>PRENOM :</b>				
Jours habituels de présence (entourer)				Occasionnel
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	

<b>PRENOM :</b>				
Jours habituels de présence (entourer)				Occasionnel
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	

<b>PRENOM :</b>				
Jours habituels de présence (entourer)				Occasionnel
Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	

## MEDECIN DE FAMILLE

NOM PRENOM : _____ Tél. : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
ADRESSE : _____

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES (régime, allergie.....) : fournir un certificat du médecin.

--

## DELEGATION DE POUVOIRS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise le personnel du restaurant scolaire à présenter mon ou mes enfants à un médecin pour soins d'urgence et à prendre en cas de nécessité jugée indispensable par le médecin, toutes décisions de transport ou d'hospitalisation.

J'ai pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire. J'accepte les conditions et je fais part, à notre ou nos enfants, des règles de vie à respecter à la cantine pour contribuer au bien être de tous.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signatures