

COMMUNE DE SAN GAVINO DI CARBINI

SCOLA DI A PIAGHJA

DEMANDE D'INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE 2023/2024

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Classe 2023/2024 :

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Père Mère Autre (à préciser)

Assurance Copie de l'attestation scolaire de l'assurance 2023/2024 à fournir lors de la rentrée scolaire

SITUATION FAMILIALE

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Pacsé(e) Vie maritale Célibataire

Père ou Conjoint Mère ou Conjoint

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse :

Téléphone :

Téléphone :

Profession :

Profession :

Nom de l'Employeur :

Nom de l'Employeur :

Tél. du travail :

Tél. du travail :

Adresse-E-Mail:

Adresse-E-Mail:

Les inscriptions se feront prioritairement sur quatre jours de la semaine (lundi, mardi, jeudi, vendredi) et sur la totalité de l'année scolaire.

Toute autre demande sera étudiée au cas par cas.

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

- Votre enfant mange-t-il de la viande : oui non
 - Votre enfant mange-t-il de la viande de porc : oui non
 - Allergie alimentaire : oui non
- Si oui, précisez l'allergie :

En cas d'accident nous autorisez-vous à faire appel au SAMU ?

Oui

Non

MODE DE REGLEMENT

Tarif : 5.71€ par repas

Le règlement des repas s'effectuera mensuellement à l'avance.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements figurant sur la présente demande.

A :

le :

Signature des Parents

JUSTIFICATIFS A FOURNIR

- Certificat médical en cas d'allergie alimentaire