

## INSCRIPTION

## RESTAURATION SCOLAIRE

2016-2017



Accueil Direction Enfance Jeunesse  
Tel : 04 77 31 05 28  
M@il : cantine@saint-chamond.fr

Ville de Saint-Chamond  
Avenue Antoine Pinay  
CS 80148  
42403 SAINT-CHAMOND CEDEX

### 1<sup>er</sup> ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

Remplacement de la viande de porc  OUI  NON

### 2<sup>eme</sup> ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

Remplacement de la viande de porc  OUI  NON

### 3<sup>eme</sup> ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

Remplacement de la viande de porc  OUI  NON

### 4<sup>eme</sup> ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

Remplacement de la viande de porc  OUI  NON

L'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales\*  OUI  NON

Si oui, préciser pour quel(s) enfant(s).....

L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement \*  OUI  NON

Si oui, préciser pour quel(s) enfant(s) .....

*\* Dans ces 2 cas, l'accès au restaurant scolaire n'est envisageable qu'après mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé. Pour cela, contacter le Centre Médico Scolaire au 04 77 22 19 89.*

**Les 2 parents (ou 1 parent dans les familles monoparentales) ont une activité professionnelle pour l'année scolaire**

#### RESERVATION A L'ANNEE

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

*Pour les parents séparés ou divorcés, préciser :*

Semaine paire

Semaine impaire

Paiement  Prélèvement automatique

Chèque ou espèces au Trésor

**OU**

#### RESERVATION CHAQUE MOIS

⇒ Une fiche mensuelle est à remplir en fin de mois (selon un calendrier prévisionnel des périodes de réservation).

⇒ Paiement par chèque ou espèces, dès réception de la facture.

**Pour les autres familles ayant un besoin ponctuel, les réservations sont possibles selon les places disponibles :**

⇒ Une fiche mensuelle est à remplir.

⇒ Paiement par chèque ou espèces, dès réception de la facture.

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies et atteste avoir pris connaissance du règlement.**

Fait à ..... le .....

Signature du responsable légal,