



MAIRIE  
de  
**PRINQUIAU**  
LOIRE-ATLANTIQUE  
44260

# RESTAURATION SCOLAIRE MUNICIPALE

## ANNÉE 2020-2021



INSCRIPTION pour l'année scolaire 2020-2021  
Dossier à déposer à la Mairie avant le 30 juin 2020

NOM DE LA FAMILLE	
-------------------	--

Nom de l'enfant	
Prénom	
Date de Naissance	

Ecole	
Classe	
Nom de l'instituteur	

enfant

adulte

*Déjeunera au Restaurant scolaire municipal les jours suivants :*

lundi

mardi

jeudi

vendredi

pendant toute l'année scolaire

ponctuellement (facturation minimum 5 €)



*Bien vouloir signaler les régimes alimentaires particuliers*

*(Un protocole de soins d'urgence devra être fourni par un médecin. Demander un PAI, projet d'accueil individualisé, au médecin scolaire pour le 3 juillet 2020)*

### PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM	NUMERO DE TÉLÉPHONE

TARIFS DU REPAS	
Enfant	4,69 € maximum (selon quotient familial)
Adulte	6,98 €

TARIF PRESENCE AU RESTAURANT	
Enfant ayant un PAI	1,63 €

### TARIFS EN FONCTION DU QUOTIENT FAMILIAL (enfant)

Quotient de	Tarifs
0 à 400	3,58 €
401 à 650	4,00 €
651 à 800	4,32 €
801 à 1000	4,56 €
1001 et plus	4,69 €

Pour les familles aux revenus les plus modestes une aide sous forme de réduction de tarif sera appliquée en fonction du quotient familial.

**CES TARIFS SONT SUSCEPTIBLES D'ETRE MODIFIES EN JUIN 2021**

Fournir une photocopie de l'attestation CAF notifiant le quotient familial.

Numéro allocataire CAF : .....

Quotient Familial : .....



Pour le cas où un dossier serait incomplet, ou déposé hors délai, le tarif normal sera appliqué.

#### Facturation à :

Nom - Prénom (Père)	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

Nom - Prénom (Mère)	
Adresse	
Téléphone	
Mail	

Les parents attestent avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant

Fait à \_\_\_\_\_  
le \_\_\_\_\_

Signatures des parents  
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

# FICHE D'URGENCE RESTAURANT SCOLAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de Naissance : .....

Classe : ..... ÉTABLISSEMENT : École .....

Nom et adresse des parents ou du responsable légal : .....

Mail : .....

Numéro et adresse du centre de Sécurité Sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numéro et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, le service de restauration s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

## PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.



A ....., Le .....  
Signature des Parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de la Mairie (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) : .....

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : .....

(En cas d'hospitalisation cette fiche suivra l'enfant)

