



Ville d'ESPERAZA
accueil@mairie-esperaza.fr

BULLETIN D'INSCRIPTION à la RESTAURATION SCOLAIRE d'ESPERAZA
ANNEE 2024-2025

A RETOURNER A LA MAIRIE **AVANT LE 30 JUILLET 2024** (1 fiche par enfant)

| | | | |
|-----------------------------|---|-------------------------------|---|
| Nom et Prénom du Père : | _____ | ☎ | _____ |
| Date et lieu de naissance : | _____ | n°SS : | _____ |
| Adresse : | _____ | | |
| Nom et Prénom de la Mère : | _____ | ☎ | _____ |
| Date et lieu de naissance : | _____ | n°SS : | _____ |
| Adresse : | _____ | | |
| Situation familiale : | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) ou vit maritalement <input type="checkbox"/> Séparée ou Divorcé(e) | | |
| Domicile de l'enfant : n° | _____ | Rue | _____ |
| Localité : | _____ | Adresse de Facturation | <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> Mère |

Indiquer le nom du médecin traitant : Nom-Prénom : _____ ☎ _____

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

- Nom-Prénom : _____ ☎ _____

- Nom-Prénom : _____ ☎ _____

Nous préciser s'il y a une allergie ou intolérance alimentaire : OUI NON

Si oui, veuillez-nous le signaler par écrit accompagné OBLIGATOIREMENT d'un protocole d'accueil individualisé (PAI)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Souhaite inscrire mon enfant : | |
| NOM - PRENOM : | <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Primaire |

A la cantine Scolaire d'ESPERAZA dès le mois de _____

Tous les jours occasionnellement : L - M - J - V Entourer le (s) jour (s)

Fait le

Signature,

Vous pourrez à tout moment demander la modification de ces données. Vous pourrez à tout moment annuler cette ou ces autorisations sur simple demande. Pour cela vous pouvez nous contacter par courriel à : accueil@mairie-esperaza.fr ou au 04 68 74 10 01 . Les données recueillies seront transmises uniquement à la responsable du service