

Inscription au Restaurant scolaire 2018 2019

ECOLE SAINT MARTIN

Fiche à rendre au PEJ



FICHE D'INSCRIPTION FAMILLE AU PEJ



PARENTS

	Père ou tuteur	Mère ou tutrice
Nom		
Prénom		
Adresse		
Code Postal		
Ville		
Profession		
Téléphone portable		
Téléphone domicile		
Téléphone professionnel		
Mail		
Situation familiale		
N° Allocataire CAF*		
Date d'arrivée de la famille		

**Si vous ne renseignez pas votre n°d'allocataire, nous appliquerons par défaut le tarif maximum.*

FACTURATION

Nom du redevable :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Mail :

Optez pour le prélèvement bancaire !

Joindre un RIB et venir signer le mandat de prélèvement si c'est la première fois.

Payez par internet – Payez par chèque ou CESU ou Espèces en trésorerie directement.

Communication des informations pour le calcul des tarifs dégressifs :

J'accepte que le Directeur du Pôle Enfance Jeunesse puisse accéder au site « CAF PRO » OUI NON

Approbation des REGLEMENTS INTERIEURS :

J'atteste avoir pris connaissance et accepte les dispositions prévues dans les règlements intérieurs du Restaurant Scolaire et de l'Accueil de Loisirs.



ENFANT 1

IDENTITE

Nom : Prénom : Date de naissance : Age :
Adresse : Code Postal : Ville :

SCOLARITE

Ecole : Privée Saint Martin

Classe :

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire : OUI NON

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : OUI NON (fournir PAI si allergies) Si oui lequel :



ENFANT 2

IDENTITE

Nom : Prénom : Date de naissance : Age :
Adresse : Code Postal : Ville :

SCOLARITE

Ecole : Privée Saint Martin

Classe :

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire : OUI NON

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : OUI NON (fournir PAI si allergies) Si oui lequel :



ENFANT 3

IDENTITE

Nom : Prénom : Date de naissance : Age :
Adresse : Code Postal : Ville :

SCOLARITE

Ecole : Privée Saint Martin

Classe :

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire : OUI NON

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : OUI NON (fournir PAI si allergies) Si oui lequel :

Mon enfant fréquentera l'accueil du matin de 7 h 30 à 8 h 20 : OUI NON



Commune
des Monts d'Or
Métropole de Lyon



ENFANT 4

IDENTITE

Nom : Prénom : Date de naissance : Age :
Adresse : Code Postal : Ville :

SCOLARITE

Ecole : Publique Maternelle Publique Élémentaire Privée Saint Martin

Classe :

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire : OUI NON

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : OUI NON

(fournir PAI si allergies) Si oui lequel :