



ÉLÈVE F  G

DATE, LIEU DE NAISSANCE : \_\_/\_\_/\_\_ .....

CLASSE, NOM DE L'ENSEIGNANT : ..... .....

PARTICULARITÉS :

RÉGIME ALIMENTAIRE

REPAS SANS VIANDE

REPAS SANS PORC

ALLERGIES PAI (OBLIGATOIRE) LE \_\_/\_\_/\_\_

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT : DOCTEUR .....

CP.....

VILLE .....

TÉLÉPHONE ...../...../...../...../.....

DOSSIER DE :  PARENTS  PÈRE  MÈRE SÉPARÉS  OUI  NON  
 ASSISTANTE FAMILIALE

MADAME (JEUNE FILLE ET MARITAL): .....

MONSIEUR : .....

ADRESSE COMPLÈTE .....

CP.....

VILLE .....

CONTACTS : DOMICILE DE ..... : ...../...../...../...../.....

PORTABLE DE ..... : ...../...../...../...../.....

PORTABLE DE ..... : ...../...../...../...../.....

ADRESSE MAIL .....@.....

PERSONNE JOIGNABLE ENTRE AUTRE QUE LES PARENTS :

DOMICILE DE ..... : ...../...../...../...../.....

PORTABLE DE ..... : ...../...../...../...../.....

PORTABLE DE ..... : ...../...../...../...../.....

ATTENTION, JE CONFIRME QUE LES PERSONNES DÉSIGNÉES CI-DESSUS SONT BIEN D'ACCORD POUR QU'ON PUISSE LES CONTACTER ET QUE LEURS NUMÉROS FIGURENT DANS NOS FICHIERS COMMUNAUX.

- PLANNING MENSUEL :** À DÉPOSER JUSQU'AU 15 DU MOIS PRÉCÉDENT
- PLANNING HEBDOMADAIRE :** À DÉPOSER LE MARDI PRÉCÉDENT LA SEMAINE CONCERNÉE
- JUSTIFICATIF OBLIGATOIRE HEBDO :**  CONTRAT D'INTÉRIM  PLANNING PROFESSIONNEL

**TARIF À COMPTER DU 1<sup>ER</sup> NOVEMBRE 2019 :**

**PRIMAIRE : 3,10€      MATERNEL : 2,90€      REPAS DE NOËL : TARIF UNIQUE 3,10€**  
 (PLANNING DÉPOSÉ DANS LES DÉLAIS)

**PLANNING DÉPOSÉ HORS DÉLAI : 1 € FACTURÉ DE PLUS PAR REPAS ET PAR JOUR**

**RÉSERVATIONS LA VEILLE OU LE JOUR MÊME : LE TARIF EST DOUBLÉ**



**ABSENCE MALADIE :** Vous pouvez demander le remboursement UNIQUEMENT si votre enfant est absent pour une durée minimale de 4 jours. Dans ce cas, merci de transmettre votre demande au service cantine accompagnée du certificat médical et d'un RIB (REMBOURSEMENT PAR VIREMENT DE LA TRÉSORERIE, DÉDUCTION D'UN JOUR DE CARENCE)\*

\*SELON RÈGLEMENT VOTÉ EN SÉANCE DU CONSEIL MUNICIPAL DU 19 SEPTEMBRE 2019



JE SOUSSIGNÉ(E) M OU MME \_\_\_\_\_ DÉCLARE, EN QUALITÉ DE \_\_\_\_\_, AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS FIGURANT AU PRÉSENT CONTRAT AINSI QUE CELLES DU RÈGLEMENT DE LA RESTAURATION SCOLAIRE.

JE M'ENGAGE À LES RESPECTER, À EXPLIQUER LA CHARTE DE VIE À MON ENFANT ET À LUI FAIRE SIGNER. EN CAS D'INDISCIPLINE, L'ENFANT POURRA SE VOIR EXCLURE DU SERVICE DE LA RESTAURATION SCOLAIRE MUNICIPALE, SOIT TEMPORAIREMENT, SOIT DÉFINITIVEMENT.

MEURCHIN, LE

SIGNATURE



JE SOUSSIGNÉ(E) M, MME \_\_\_\_\_ AGISSANT EN QUALITÉ DE \_\_\_\_\_, AUTORISE LE RESPONSABLE À PRENDRE, LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES MESURES (HOSPITALISATIONS, INTERVENTIONS CHIRURGICALES) RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE L'ENFANT

MEURCHIN, LE

SIGNATURE



LES INFORMATIONS RECUEILLIES FONT L'OBJET D'UN TRAITEMENT INFORMATIQUE DESTINÉ AU SERVICE DE LA RESTAURATION SCOLAIRE. LES DESTINATAIRES DE CES DONNÉES SONT LES SERVICES COMMUNAUX. CONFORMÉMENT À LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS » DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE EN 2004, VOUS BÉNÉFICIEZ D'UN DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION AUX INFORMATIONS QUI VOUS CONCERNENT, QUE VOUS POUVEZ EXERCER EN VOUS ADRESSANT À LA MAIRIE 1 PLACE JEAN JAURÈS [cantine@meurchin.fr](mailto:cantine@meurchin.fr)

VOUS POUVEZ ÉGALEMENT, POUR DES MOTIFS LÉGITIMES, VOUS OPPOSER AU TRAITEMENT DES DONNÉES VOUS CONCERNANT- JE M'OPPOSE

<p><b>MAIRIE - SERVICE CANTINE</b></p> <p><b>DÉPÔT DES PLANNINGS ET RÈGLEMENTS, EXCLUSIVEMENT AUX HORAIRES CI-CONTRE</b></p> <p>TÉLÉPHONE 03/21/74/08/13</p>	<p><a href="mailto:cantine@meurchin.fr">cantine@meurchin.fr</a></p> <p><b>Tous les jours</b></p> <p><b>DE 8H00 À 9H00 ET DE 16H00 À 16H45</b></p> <p><b>SAUF LUNDI ET SAMEDI MATIN</b></p>
<p><b>SERVICE JEUNESSE ET SERVICE CANTINE</b></p> <p>À PRÉVENIR POUR LES RAJOUTS DE DERNIÈRE MINUTE AVANT 9H LE JOUR MÊME</p> <p>TÉLÉPHONE 03/21/40/41/04</p>	<p><a href="mailto:cantine@meurchin.fr">cantine@meurchin.fr</a></p> <p><a href="mailto:smj@meurchin.fr">smj@meurchin.fr</a></p>