

Service Restauration Scolaire Commune de Cerbère

23 Avenue du Général de Gaulle - 66 290 CERBERE

Tél.: 04.68.88.41.85

E-mail: mairie@cerbere-village.com

SIS de la Côte Vermeille Place Castellane BP 45 - 66660 PORT-VENDRES

Etat civil de l'enfant

Nom:	••••••••	
Prénom :		
Date de naissance :		
Lieu de naissance :		
Etablissement fréquenté :	□ Maternelle	
	□ Elémentaire	
	Classe :	
Demande d'inscription à compter du		

Type d'inscription:		Renseignements concernant l'enfant			
☐ Inscription « forfait » pour toute l'année scolaire.		<u>L'enfant suit-il un traitement médical</u> oui □ non □ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes			
 ☐ Inscription exceptionnelle, sous réserve de places disponibles. ATTENTION : il convient d'être à jour des règlements avant toute nouvelle inscription. Mode de Règlement : 		de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) <u>Votre enfant consomme-t-il de la viande de porc</u> ? oui □ non □ <u>Votre enfant présente t-il une ou plusieurs allergies</u> ? oui □ non □			
			☐ Prélèvement automatique (joindre 1 RIB prélèvement SEPA).	et compléter l'autorisation de	Si oui la ou lesquelles ?
			□ Autre (règlement à effectuer au Trésor Public en espèces ou chèque, sur présentation de la facture)		Droit à l'image □ J'autorise □ Je n'autorise pas La commune de CERBERE à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des
Parents ou responsable(s) légal(aux)		activités de la Restauration Scolaire et sa diffusion sur tout support, limitée à la promotion des activités assurées par le service.			
		Règlement Intérieur Le règlement intérieur vous sera transmis ultérieurement.			
Père ou responsable I	Mère ou responsable II				
de l'enfant :	de l'enfant :				
Nom :	Nom:				
Prénom :	Prénom :				
Date de naissance :	Date de naissance :				
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :				
Adresse	Adresse				
		Je soussigné(e)certifie l'exactitude des			
		informations ci-dessus.			
Code postal	Code postal	Date			
Ville	Ville				
Profession:	Profession :				
Employeur:	Employeur:				
	™ Domicile:				
Portable :	Portable :				
@:	@:				
-	-				

N° de Sécurité sociale :

□ MSA

N° de Sécurité sociale :

N° Allocataire obligatoire :

CAF