



**RESTAURANT SCOLAIRE MUNICIPAL**  
**Tél. : 02 40 97 84 09**  
**Mail : restaurantscolaire-riaille@orange.fr**

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**

à envoyer ou déposer dans la boîte aux lettres du **RESTAURANT SCOLAIRE L'Orange Bleue**  
Rue des Lilas 44440 RIAILLE ou à **LA MAIRIE** Rue du Cèdre 44440 RIAILLE ou transmettre par **MAIL**

**Je/Nous soussigné(s) (Nom et Prénom des parents ou du responsable légal)**

.....

Adresse : .....

Commune : .....

Tél. : domicile \_ / \_ / \_ / \_ / \_ portable \_ / \_ / \_ / \_ / \_ bureau \_ / \_ / \_ / \_ / \_

Adresse mail : .....

N° allocataire CAF .....

**Après avoir pris connaissance et accepté le règlement du restaurant scolaire**

**Atteste/attestons** que notre (nos) enfant(s) est/sont à jour de vaccination et sollicite/sollicitons leur inscription au restaurant scolaire municipal, (*ayer les mentions inutiles*)

Lieu de scolarisation de(s) enfant(s) : R.DOISNEAU  NOTRE-DAME

**Nom / Prénom de(s) enfant(s) - Classe :**

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le ..... Classe ..... Allergie(\*) oui

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le ..... Classe ..... Allergie(\*) oui

Nom ..... Prénom ..... Né(e) le ..... Classe ..... Allergie(\*) oui

(\*) Fournir une attestation médicale

**Jours de présence au restaurant scolaire :**

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Occasionnellement

**Médecin traitant :** .....

**Mode de paiement :**

Numéraires ou chèque

Prélèvement automatique  (*une demande de prélèvement vous sera adressée ultérieurement*)

Observations .....

Fait à ..... le .....

Signature des parents,

