

Prélèvement automatique : ☐

Forfait : ☐

Ticket : ☐

A retourner

SYNDICAT INTERCOMMUNAL SCOLAIRE DE LA COTE VERMEILLE

Place Castellane – B.P. n ° 45
66660 PORT- VENDRES CEDEX

Tél. : 04.68.82.19.51

E-mail : sis.cotevermeille@wanadoo.fr

Restauration Scolaire de la Commune de COLLIOURE

Hôtel de Ville
3, Rue de la République
66190 COLLIOURE

Tél. : 04.68.82.05.66 – Fax : 04.68.82.14.28

RENTREE 2015/2016

Conditions d'accueil :

- * Soumis à l'accord de M. le Président.
- * Etre à jour des redevances.

- * Priorité aux enfants dont les 2 parents ont une activité professionnelle.
- * Document dûment rempli et visé sous peine de refus d'inscription.

ELEVE :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age : ans.

Etablissement fréquenté : ☐ Maternelle : - de 6 ans.

☐ Elémentaire : + de 6 ans.

Nom de l'enseignant :

Classe :

PARENTS OU RESPONSABLE (S) LEGAL (AUX) :

- Pour l'accueil au Restaurant scolaire, fournir obligatoirement les 2 certificats de travail. -

Père ou Responsable légal I

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Union libre ☐

Adresse :

Code postal :

Ville :

Profession :

Employeur :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. emploi :

Email :

N° de Sécurité sociale :

Mère ou Responsable légal II

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Union libre ☐

Adresse :

Code postal :

Ville :

Profession :

Employeur :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. emploi :

Email :

N° de Sécurité sociale :

N° d'allocataire obligatoire : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ 1 seul enfant au foyer ☐

Médecin de famille : Docteur

Centre d'hospitalisation souhaité en cas d'accident grave ?

Clinique ☐

Nom de la Clinique :

Hôpital ☐

Autorité parentale conjointe ? oui ☐ non ☐

Si non : Père ☐ Mère ☐

Garde alternée ? oui ☐ non ☐

Votre enfant présente t-il une ou plusieurs allergies ? oui ☐ non ☐

La ou lesquelles ?

Si oui : fournir un certificat médical.

DEMANDE D'INSCRIPTION A COMPTER DU : / / 201..

Certifié exact et déclare avoir reçu un exemplaire du règlement de restauration scolaire,

Signature(s) des parents ou du (des) responsable(s) légal (aux).

X

X

Merci de rapporter les documents demandés à la Mairie de la Commune de COLLIOURE
Service "Restauration Scolaire"