

Le 22 mai 2018

**A l'attention des parents d'élève(s)  
de l'Ecole Privée**

Affaire suivie par :  
Thierry LE GENTIL/Service comptabilité  
☎ : 02.41.66.75.52

Madame, Monsieur,

Les inscriptions au restaurant scolaire pour l'année 2018-2019 doivent être enregistrées pour le 1<sup>er</sup> septembre prochain.

Les tarifs en fonction du quotient familial pour les repas de la cantine scolaire ont été très légèrement augmentés lors du conseil municipal du 15 mai dernier :

| Prix du repas cantine modulé en fonction du quotient familial (QF) |             |               |               |               |          |
|--|-------------|---------------|---------------|---------------|----------|
| Quotient Familial  | de 0 à 336€ | de 337 à 500€ | de 501 à 700€ | de 701 à 850€ | > à 850€ |
| Prix du repas à compter du 1 <sup>er</sup> septembre 2018          | 1.32 €      | 2.01 €        | 2.69 €        | 3.17 €        | 3.34 €   |

Aussi, je vous remercie de bien vouloir faire parvenir en Mairie, à l'attention du service comptabilité et **avant le 1er septembre prochain**, les documents suivants :

- ✚ la fiche d'inscription du ou des enfants concerné(s) par le service de restauration scolaire,
- ✚ la dernière attestation de quotient familial transmise récemment soit par la CAF, soit par la MSA (juin 2018),
- ✚ un RIB si vous optez pour le prélèvement automatique (pour les personnes nouvellement prélevées, un mandat de prélèvement SEPA vous sera transmis pour signature).

Faute de ces documents, la tarification maximale sera appliquée en septembre 2018.

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

Paul HEULIN

Adjoint au Maire



**ANNEE 2018-2019**  
**INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE**  
**ECOLE DOMINIQUE SAVIO**

**RESPONSABLES DE L'ENFANT**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <i>Responsable 1</i> | <i>Responsable 2</i> |
| NOM :                | NOM :                |
| Prénom :             | Prénom :             |
| Adresse :            | Adresse :            |
| Tel. personnel       | Tel. personnel       |
| Tel. Professionnel   | Tel. Professionnel   |
| Tel. Portable        | Tel. Portable        |
| E-mail               | E-mail               |

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)**

|              |           |                 |
|--------------|-----------|-----------------|
| Nom-Prénom : | Qualité : | Tel personnel : |
| Nom-Prénom : | Qualité : | Tel personnel : |

**PERSONNES AUTORISEES A REPREDRE L'ENFANT (autres que les parents)**

|              |           |                 |
|--------------|-----------|-----------------|
| Nom-Prénom : | Qualité : | Tel personnel : |
| Nom-Prénom : | Qualité : | Tel personnel : |

**Prévisions de fréquentations**

Enfant : né (e) le : Classe :

Restauration scolaire à compter du

|       |       |       |          |            |
|-------|-------|-------|----------|------------|
| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi | Irrégulier |
|       |       |       |          |            |

Enfant : né (e) le : Classe :

Restauration scolaire à compter du

|       |       |       |          |            |
|-------|-------|-------|----------|------------|
| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi | Irrégulier |
|       |       |       |          |            |

Enfant : né (e) le : Classe :

Restauration scolaire à compter du

|       |       |       |          |            |
|-------|-------|-------|----------|------------|
| Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi | Irrégulier |
|       |       |       |          |            |

**Document recto verso à compléter par les parents et à transmettre au service comptabilité de la MAIRIE DE SAINTES GEMMES SUR LOIRE.**

**Fournir l'attestation de quotient familial pour l'application des tarifs réduits et un RIB si vous optez pour le prélèvement automatique.**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX UTILES

**Médecin traitant :**

Téléphone :

**Allergies connues :**

Enfant (s) Nom Prénom

Type d'allergie

**Autorisation**

**d'hospitalisation :**

**OUI**

**NON**

Si "oui", désignation de  
l'établissement :

Je soussigné (e)    Monsieur  
                          Madame

- déclare opter pour le prélèvement automatique                    OUI - NON  
et avoir fourni un RIB (pour les personnes nouvellement prélevées, un mandat de prélèvement SEPA vous sera transmis pour signature),
- avoir fourni l'attestation de droit précisant votre quotient familial délivrée par la CAF ou la MSA, et s'engage à informer la commune de tout changement relatif à ce quotient,
- déclare avoir pris connaissance des divers règlements intérieurs, et s'engage à signaler tout changement,
- autorise (OUI) (NON) l'utilisation, dans le cadre de la publication du journal communal, de photographies de notre (nos) enfant (s)  
qui pourraient être réalisées dans le cadre scolaire.

Sainte Gemmes sur Loire, le

Signature de parents précédée  
de la mention « Lu et Approuvé »