Mairie de Geffosses
1 rue de la mairie
50560 GEFFOSSES
mairie.geffosses@gmail.com

Tél : 02 33 47 87 66

Inscription restauration scolaire

Année scolaire 2021-2022

Nom de l'enfant :…….
Prénom :……...
Né(e) le :……..
A :…….
Classe fréquentée à la rentrée 2020-2021 :……..
Nom de l'enseignante :…….

Nom-Prénom du père :…….
Adresse :…….
Profession :…… Lieu de travail :……
Adresse mail :……..
N° des téléphones : portable domicile travail
…… ……. …….

Nom-Prénom de la mère :…….
Adresse :…….
Profession :……... Lieu de travail :……
Adresse mail :…….
N° des téléphones : portable domicile travail
……. ……. …….
Adresse où doit être envoyée la facture (en cas de résidence séparée) :
……

Numéro de téléphone où l'on peut vous joindre pendant les repas :……

Repas réguliers – Cocher les jours où votre enfant mange au restaurant scolaire

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnellement

Repas occasionnels : obligation de prévenir la Mairie le mardi ou le vendredi matin par téléphone par mail ou mot dans la boîte aux lettres de l'école ou de la mairie.
Toute demande occasionnelle doit parvenir en mairie au minimum 48h avant afin que le prestataire Convivio puisse la valider.

Repas annulés : même démarche que pour le repas occasionnel. En cas d'urgence, le dernier délai est le matin même par texto avant 9h au numéro suivant : 06 71 15 41 80.

Les repas non annulés dans le délai ci-dessus, seront facturés aux parents.

Votre enfant peut être photographié pendant des activités au sein du restaurant scolaire. Si vous ne voulez pas que les photos soient diffusées, merci de contacter la mairie.

Personnes autorisées à reprendre l'enfant au restaurant scolaire

Nom :……
Prénom :…… .
Lien de parenté avec l'enfant :…….
(grands-parents, assistante maternelle, oncle, tante…)
N° de Tél :……
N° de portable :…….

Nom :……...
Prénom :……
Lien de parenté avec l'enfant :…….
(grands-parents, assistante maternelle, oncle, tante…)
N° de Tél :……
N° de portable :……

Nom :……
Prénom :…… .
Lien de parenté avec l'enfant :…….
(grands-parents, assistante maternelle, oncle, tante…)
N° de Tél :……
N° de portable :…….

Nom :……...
Prénom :……
Lien de parenté avec l'enfant :……
(grands-parents, assistante maternelle, oncle, tante…)
N° de Tél :……..
N° de portable :……..

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné (e) :…….
Demeurant à :…….
N° de téléphone :……
Agissant en qualité de père, mère, tuteur légal, autorise Mme Laroque ou Mme Duchemin, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant :……..
à prendre sur avis médical, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'anesthésie.

A……., le……...2021
Signature,

Médecin de famille :
Nom, adresse :……
N° de téléphone :……

Avez vous une contre-indication médicale à signaler ?
……
……
……
Vaccinations : dates
. B.C.G :……
. D.T.POLIO :…… ...

IMPÉRATIF :
N° allocataire CAF :…….
ou MSA :……..
ou autre régime :……..
N° de sécurité sociale du chef de famille :……...

NB : En cas d'urgence ou d'absence de votre médecin traitant, il sera fait appel au centre médical de Gouville sur mer.