



**Inscription Restaurant Scolaire – École Publique de Neullé**  
**Fiche à compléter et à renvoyer au secrétariat de la Mairie**  
**avant le 31/07/2025**

Les représentants légaux	
Nom : .....	Nom : .....
Prénoms : .....	Prénoms : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
Email : .....	Email : .....
Téléphone : .....	Téléphone : .....

**N° allocataire CAF ou MSA obligatoire :**

Les enfants		
<u>Enfant n°1</u>	<u>Enfant n°2</u>	<u>Enfant n°3</u>
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénoms : .....	Prénoms : .....	Prénoms : .....
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Classe (2025-2026) : .....	Classe (2025-2026) : .....	Classe (2025-2026) : .....

**Fréquentation du restaurant scolaire \* Prix du repas : 3,20 € \***

<b>Cochez la case correspondante :</b>	<input type="checkbox"/> RÉGULIER ou <input type="checkbox"/> OCCASIONNEL
<b>Si occasionnel, veuillez préciser les jours :</b>	<input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi

Règlement de la facture
<input type="checkbox"/> PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE → Joindre <u>obligatoirement</u> un RIB
<input type="checkbox"/> CHÈQUE ou NUMÉRAIRE (règlement de la facture auprès du Service de Gestion Comptable de Saumur)

Renseignements médicaux	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom et téléphone du médecin traitant			
Allergies, asthme, traitement <u>à signaler</u> (merci de fournir la copie des ordonnances)			

**Personne à prévenir en cas d'urgence :** .....

**Tél :** .....

Je soussigné ....., responsable légal de l'enfant ou des enfants nommé(s) ci-dessus :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- Certifie avoir une assurance responsabilité civile extrascolaire couvrant mon enfant
- S'engage **en cas d'absence** à prévenir le service de la cantine avant 9h30 - **Tél : 02 41 52 57 27**
- Autorise les responsables à prendre toutes les mesures médicales nécessaires pour la santé de mon enfant
- Autorise le personnel de la Mairie à accompagner mon enfant scolarisé à l'école, à la cantine à midi, et à son retour en classe

Fait à ....., le .....

Signature .....