



COMMUNE DE FROSSAY
RESTAURANT SCOLAIRE « LA CUISINE DE RATATOUILLE »

INSCRIPTION ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027 – FICHE FAMILLE

☐ Renouvellement ☐ 1^{er} inscription

PARENTS ou RESPONSABLE LÉGAL

1^{er} Parent :

Nom & prénom :

Date et lieu de naissance :

Qualité : père ☐ mère ☐ responsable légal ☐

Adresse :

Cette adresse est celle de facturation :

Oui ☐ Non ☐

N° de téléphone :

N° de portable :

Adresse mail :@

Autre numéro de téléphone en cas d'urgence
entre 12h et 13h30 :

Nom de la personne :

N° allocataire CAF :

2^{ème} Parent :

Nom & prénom :

Date et lieu de naissance :

Qualité : père ☐ mère ☐ responsable légal ☐

Adresse :

Cette adresse est celle de facturation :

Oui ☐ Non ☐

N° de téléphone :

N° de portable :

Adresse mail :@

Autre numéro de téléphone en cas d'urgence
entre 12h et 13h30 :

Nom de la personne :

☐ Je souhaite m'inscrire à l'espace famille* pour la gestion en ligne des présences/absences de mon enfant au restaurant scolaire.

Veuillez indiquer une adresse mail valide svp :@.....

*(L'espace famille permet d'inscrire ou de désinscrire votre enfant le ou les jours que vous souhaitez dans le respect du règlement.)

☐ En cas de séparation familiale entre les deux parents, je souhaite que la facture soit partagée :

☐ 1^{ère} option : J'indique la répartition des repas pris en charge par semaine pour chacun des parents :

1^{er} Parent :

L ☐ M ☐ J ☐ V ☐ (cocher la ou les cases des repas pris en charge)

2^{ème} Parent :

L ☐ M ☐ J ☐ V ☐ (cocher la ou les cases des repas pris en charge)

☐ 2^{ème} option : J'indique la répartition des repas pris en charge par mois pour chacun des parents :
(Exemple : prise en charge des repas une semaine sur deux, semaine pair/impair, selon planning etc...)

1^{er} Parent :

2^{ème} Parent :

☐ Je souhaite utiliser le ou les mêmes RIB communiqué(s) pour l'année scolaire 2025/2026.

1^{er} ENFANT

Nom :
Prénom : Sexe : M ☐ F ☐
Date de naissance :
École :
Classe :
Date du 1^{er} jour de fréquentation du restaurant scolaire :/09/2026
Régime particulier d'ordre médical : oui ☐ non ☐
Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui ☐ non ☐ (depuis le /.../.....)
Présence régulière : a) tous les jours
b) jour(s) fixe(s) L ☐ M ☐ J ☐ V ☐ (cocher la ou les cases de votre choix)
c) selon planning ☐ à transmettre avant le 25 du mois en cours pour le mois suivant (cf. règlement)
Présence occasionnelle ☐

2^{ème} ENFANT

Nom :
Prénom : Sexe : M ☐ F ☐
Date de naissance :
École :
Classe :
Date du 1^{er} jour de fréquentation du restaurant scolaire :/09/2026
Régime particulier d'ordre médical : oui ☐ non ☐
Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui ☐ non ☐ (depuis le /.../.....)
Présence régulière : a) tous les jours
b) jour(s) fixe(s) L ☐ M ☐ J ☐ V ☐ (cocher la ou les cases de votre choix)
c) selon planning ☐ à transmettre avant le 25 du mois en cours pour le mois suivant (cf. règlement)
Présence occasionnelle ☐

3^{ème} ENFANT

Nom :
Prénom : Sexe : M ☐ F ☐
Date de naissance :
École :
Classe :
Date du 1^{er} jour de fréquentation du restaurant scolaire :/09/2026
Régime particulier d'ordre médical : oui ☐ non ☐
Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui ☐ non ☐ (depuis le /.../.....)
Présence régulière : a) tous les jours
b) jour(s) fixe(s) L ☐ M ☐ J ☐ V ☐ (cocher la ou les cases de votre choix)
c) selon planning ☐ à transmettre avant le 25 du mois en cours pour le mois suivant (cf. règlement)
Présence occasionnelle ☐

AUTORISATION DES PARENTS OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL

M Autorise(nt) le personnel de la restauration scolaire à faire pratiquer toute intervention et soins d'urgence et / ou hospitaliser mon ou mes enfant(s) :
.....
.....

Etablissement où vous souhaitez que le ou les enfant(s) soit (soient) hospitalisé(s) :
.....

Nom du médecin traitant :

N° de téléphone :

☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur en vigueur et je m'engage à le respecter.

En cas de renouvellement d'inscription, je déclare être à jour du paiement des factures de l'année scolaire précédente.

Date :

Signature(s) :