



INSCRIPTION CANTINE SCOLAIRE 2024 – 2025

Une fois complété, ce formulaire peut nous être envoyé par différents moyens :

Par mail à l'adresse suivante : mairie-lombron@wanadoo.fr

Par courrier : Mairie 20 rue de Torcé 72 450 LOMBRON

Remis dans la boîte aux lettres

Remis en main propre à l'accueil de la mairie

Aucune inscription ne se fera en cours d'année (sauf en cas de force majeure)

Pour les inscriptions très occasionnelles une fiche d'inscription à la semaine est disponible auprès des enseignants.

Annulation de repas :

Voir règlement intérieur

PAI : Projet d'Accueil Individualisé :

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation de certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire. Merci de prendre contact avec la Directrice de l'école Pierre de Ronsard, Madame Kelly RICHARD au 02 43 76 63 21

Mesures en cas d'urgence :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ autorise le personnel encadrant pendant la pause méridienne à donner à mon enfant tous soins nécessités par son état et le cas échéant prendre les mesures d'urgence (appel aux services de secours, médecins, hospitalisation ...)

Mode de paiement souhaité :

Prélèvement automatique recommandé (la date de prélèvement est fixée au 6 du mois suivant l'envoi de la facture) exemple – fréquentation en septembre, paiement en novembre

Paiement en ligne : TIPI ou PAYFIP (les coordonnées figureront sur la facture)

Par mandat ou virement sur le compte de la Banque de France

RIB 30001 00503 F7200000000 06

IBAN FR 28 3000 1005 03F7 2000 0000 006

BIC BDFEFRPPCCT

Le paiement en numéraire : dans les bureaux de tabac partenaire (exemple Le St Martin 2 rue de Torcé) avec le QR code de votre facture dans le limite de 300 € par jour

Par chèque au Centre des Finances Publique de la Ferté-Bernard 7 rue Marceau 72 400

Fait à Lombron, le _____

signature des représentants

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom :	Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :			
Lieu de naissance :			
Niveau de classe en 2024/2025			
Allergies, régime alimentaire PAI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergies, régime alimentaire PAI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergies, régime alimentaire PAI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allergies, régime alimentaire PAI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Inscription : <input type="checkbox"/> Toute l'année Ou <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Inscription : <input type="checkbox"/> Toute l'année Ou <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Inscription : <input type="checkbox"/> Toute l'année Ou <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	Inscription : <input type="checkbox"/> Toute l'année Ou <input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi

Garde alternée Oui Non
 Si oui double facturation Oui Non

Représentant légal 1	Représentant légal 2
Débiteur auprès du Trésor Public	
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Père Mère Tuteur (entourez la mention exacte)	Père Mère Tuteur (entourez la mention exacte)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Tél Mobile :	Tél Mobile :
Adresse postale :	Adresse postale :
Adresse Mail :	Adresse Mail :

L'ensemble des renseignements est obligatoire

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les représentants légaux)

Nom – Prénom	Lien	N° téléphone