



RESTAURANT SCOLAIRE DE BARBERAZ

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
INSCRIPTION - FACTURATION

NOM - Prénom du père :

Tél. domicile :

N° et rue :

Tél. travail :

Portable :

VILLE :

NOM - Prénom de la mère :

Tél. domicile :

N° et rue :

Tél. travail :

Portable :

VILLE :

PERSONNE A FACTURER :

ENFANT(S)

NOM	Prénom	Ecole et classe

L'enfant souffre t-il d'une allergie alimentaire (reconnue médicalement) ?

Autres renseignements :

cadre réservé à la mairie

BARBERAZ

EXTERIEUR

Quotient Familial :

Prix du repas :

Tél. : 04 79 33 39 37

Fax : 04 79 85 65 85

E-mail : mairie@barberaz.fr

23, Route d'Apremont - 73000 BARBERAZ



SERVICES PERISCOLAIRES

Commune de Barberaz
Savoie

NOM – Prénom de l'enfant:

Ecole fréquentée (préciser maternelle ou élémentaire).....

Je, soussigné(e), *.....,

autorise mon enfant

n'autorise pas mon enfant

à participer aux éventuels pique-niques organisés par le restaurant scolaire, y compris à l'extérieur de l'enceinte de l'école.

 autorise

n'autorise pas

que mon enfant soit photographié dans le cadre d'une activité mise en place durant le temps périscolaire.

reconnait avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du restaurant scolaire, des garderies et études surveillées décrites dans les documents d'informations scolaires.

 autorise (indiquer **obligatoirement** le n° d'allocataire)

Numéro d'allocataire :

n'autorise pas

la consultation de mon quotient familial auprès de la Caisse d'Allocations Familiales.

* indiquer le nom et le prénom du parent responsable.

A Barberaz, le

Signature