

**Fiche d'inscription  
Prestation PÉRISCOLAIRE  
ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE  
2024/2025**

Je soussigné (nom et prénom) \_\_\_\_\_,  
représentant (e)légal (e) déclare inscrire mon enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

École : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ aux prestations périscolaires suivantes :

	GARDERIE DU MATIN	RESTAURATION SCOLAIRE**	ÉTUDE SURVEILLÉE ET GARDERIE DU SOIR
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCASIONNEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SANS PORC		<input type="checkbox"/>	

**En cas de modification, le service de restauration scolaire devra en être avisé impérativement au plus tard la veille du jour de consommation concerné avant 10 H 00 au: 01.64.60.38.05 ou au 01 64 60 38 45 ou par messagerie : [restauration.scolaire@mairie-provins.fr](mailto:restauration.scolaire@mairie-provins.fr)**

**En cas de retard après la garderie du soir, seront appliquées les dispositions du règlement intérieur.**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

**\*\*Les élèves atteints d'allergies alimentaires, de troubles de la santé évoluant sur une longue période avec ou non prise de médicaments, doivent faire l'objet d'un projet d'accueil individualisé P.A.I établi par le médecin scolaire, après avis du médecin traitant de l'enfant, pour fréquenter le service de restauration scolaire municipal**