



RESTAURATION SCOLAIRE

FICHE D'INSCRIPTION

ANNEE 2026/2027

Merci de renseigner l'ensemble des informations demandées en lettres capitales. Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

RENSEIGNEMENTS ELEVE

NOM	
PRENOM	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	___/___/___ à
SEXE : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	ECOLE : <input type="checkbox"/> Maternelle <input type="checkbox"/> Primaire

RESPONSABLE LEGAL 1

NOM	
PRENOM	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	___/___/___ à
PROFESSION	
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacs
ADRESSE POSTALE	
ADRESSE MAIL	
PORTABLE PERSONNEL	___/___/___/___/___
TELEPHONE PROFESSIONNEL	___/___/___/___/___

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM	
PRENOM	
DATE ET LIEU DE NAISSANCE	___/___/___ à
PROFESSION	
NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR	
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacs
ADRESSE POSTALE	
ADRESSE MAIL	
PORTABLE PERSONNEL	___/___/___/___/___
TELEPHONE PROFESSIONNEL	___/___/___/___/___

PERSONNES A CONTACTER (AUTRES QUE LES RESPONSABLES LEGAUX)

	CONTACT 1	CONTACT 2
NOM		
PRENOM		
LIEN AVEC L'ENFANT		
TELEPHONE PORTABLE	__ / __ / __ / __ / __	__ / __ / __ / __ / __
APPEL EN CAS D'URGENCE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
AUTORISE A RECUPERER L'ENFANT	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

INFORMATIONS DIVERSES

ALLOCATAIRE <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA	NUMERO ALLOCATAIRE :
COMPAGNIE D'ASSURANCE	
N° CONTRAT ASSURANCE	
NOM, VILLE ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT	

CANTINE

JOURS DE FREQUENTATION	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
REGULIERE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OCCASIONNELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES (précisez s'il existe un PAI)		REGIME ALIMENTAIRE		
		<input type="checkbox"/> PAS DE REGIME PARTICULIER <input type="checkbox"/> VEGETARIEN		
MODE DE REGLEMENT				
<input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Carte bleue	<input type="checkbox"/> Espèces	<input type="checkbox"/> Virement	<input type="checkbox"/> Prélèvement (cf demande en annexe)

BUS

JOURS DE FREQUENTATION	MATIN	SOIR
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N°CIRCUIT :		

Votre enfant est inscrit sur les circuits aux transports scolaires, à ce titre, il est tenu d'utiliser le service, et sauf cas de force majeure, il ne peut pas quitter l'établissement scolaire entre l'heure de fin des cours et la montée dans le bus. Sur ce créneau-là, il est sous l'entière responsabilité des agents du SIVOM.



RESTAURATION SCOLAIRE

AUTORISATIONS SPECIALES

ANNEE 2026/2027

MESURES D'URGENCE

En cas d'accident sur le temps de cantine, de garderie des enfants ou entre la sortie des classes et la montée dans le bus :

J'autorise

Je n'autorise pas

les agents du SIVOM de la Bure à prendre pour moi les mesures d'urgence qu'ils estimeront nécessaires pour la santé de mon enfant (hospitalisation, réanimation, anesthésie, ...).

Fait à Rieumes, le ____/____/2026

Signatures des responsables légaux, précédées de la mention « lu et approuvé »

ASSURANCE

Nous certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels.

Nous autorisons le responsable de la structure, en cas d'accident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que le références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande.

Fait à Rieumes, le ____/____/2026

Signatures des responsables légaux, précédées de la mention « lu et approuvé »



RESTAURATION SCOLAIRE

DEMANDE DE PRELEVEMENT

ANNEE 2026/2027

**Si vous êtes déjà prélevé et que votre RIB reste inchangé, merci de barrer la demande de prélèvement ci-dessous*

Si souhaitez régler vos prestations de restauration scolaire par prélèvement automatique, nous vous remercions de nous retourner le présent document accompagné obligatoirement d'un IBAN/BIC (anciennement RIB) de votre Banque, à l'adresse suivante :

SIVOM DE LA BURE – 3 place des Marchands – 31370 RIEUMES

Tél : 05 61 91 15 48 @ : facturation.cantine@sivom-bure.fr

Dès son enregistrement, nous vous renverrons un MANDAT de PRELEVEMENT SEPA avec votre numéro Référence Unique du Mandat que vous nous retournerez daté et signé pour finaliser votre demande de prélèvement.

DEMANDE DE PRELEVEMENT SEPA (joindre IBAN/BIC)

TITULAIRE DU COMPTE			
NOM, PRENOM			
ADRESSE			
VILLE		CP	
COURRIEL			
TELEPHONE			
ENFANTS			
NOM, PRENOM		DATE DE NAISSANCE	
NOM, PRENOM		DATE DE NAISSANCE	
NOM, PRENOM		DATE DE NAISSANCE	
NOM, PRENOM		DATE DE NAISSANCE	