

Fiche d'inscription à retourner par courrier / à déposer à  
Communauté de communes Rhône Lez Provence  
1260, avenue Théodore Aubanel 84500 Bollène  
ou par mail : [restauration@cclrp.fr](mailto:restauration@cclrp.fr)

Cadre réservé au service

Famille :

Réf :

20\_\_/20\_\_



# FICHE D'INSCRIPTION À LA RESTAURATION SCOLAIRE ET/OU ACCUEIL DE LOISIRS (ALSH)

CONCERNE LES ENFANTS SCOLARISÉS  
EN ÉCOLES MATERNELLES ET ÉLÉMENTAIRES PUBLIQUES  
DU TERRITOIRE

Pour ouvrir vos droits au service de restauration collective,  
toutes les factures antérieures devront être **soldées**.

## REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX) – COMPLÉTER EN LETTRE CAPITALE SVP

RESPONSABLE LÉGAL 1 <b>PAYEUR DE LA FACTURE</b>	RESPONSABLE LÉGAL 2
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....	Code postal : ..... Ville : .....
Tél. fixe : .....	Tél. fixe : .....
Tél. portable : .....	Tél. portable : .....
E-mail : .....	E-mail : .....

**GARDE ALTERNÉE** : En cas de garde alternée (2 payeurs distincts), il convient de remplir **2 dossiers distincts**.  
Pour chaque enfant, préciser le type de semaine prévue en garde alternée (semaine paire ou impaire, au verso).

## PAIEMENT

Retrouvez l'intégralité des modalités de paiement dans le règlement intérieur.

## DÉMATÉRIALISATION

J'accepte d'être notifié chaque mois du montant de la facture par email (consultable également sur le Portail Famille accessible depuis le site [www.cclrp.fr](http://www.cclrp.fr)) et de recevoir toutes informations utiles liées à la restauration scolaire.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE 1<sup>er</sup> ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Est-il en garde alternée ?  OUI :  Semaine paire  Semaine impaire  NON

CLASSE : ..... ECOLE (ville) : .....

### CHOIX 1 : RESTAURATION SCOLAIRE

FORMULE ABONNEMENT À L'ANNÉE - CHOIX A

FORMULE PONCTUELLE - CHOIX B

Tous les :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Les familles devront respecter un préavis de **3 jours ouvrés** auprès du service restauration de l'intercommunalité.

Date du 1<sup>er</sup> jour de restauration : .....

### CHOIX 2 : ACCUEIL DE LOISIRS (ALSH)

*Les réservations / annulations sont à effectuer directement auprès de la direction de l'ALSH.*

ACCUEIL DE LOISIRS FRÉQUENTÉ PAR L'ENFANT (VILLE) : .....

ALLERGIES ALIMENTAIRES (à renseigner obligatoirement) :  Oui  Non

En cas d'allergie alimentaire, l'enfant pourra bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou d'un Protocole de Prise Médicamenteuse (PPM). Vous devez impérativement contacter l'école, la Communauté de Communes ou la commune (en cas d'accueil de loisirs) pour la mise en place d'un PAI ou un PPM. Sans la mise en place d'un PAI ou PPM, l'enfant ne sera pas accepté au restaurant scolaire.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE 2<sup>e</sup> ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Est-il en garde alternée ?  OUI :  Semaine paire  Semaine impaire  NON

CLASSE : ..... ECOLE (ville) : .....

### CHOIX 1 : RESTAURATION SCOLAIRE

FORMULE ABONNEMENT À L'ANNÉE - CHOIX A

FORMULE PONCTUELLE - CHOIX B

Tous les :  Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

Les familles devront respecter un préavis de **3 jours ouvrés** auprès du service restauration de l'intercommunalité.

Date du 1<sup>er</sup> jour de restauration : .....

### CHOIX 2 : ACCUEIL DE LOISIRS (ALSH)

*Les réservations / annulations sont à effectuer directement auprès de la direction de l'ALSH.*

ACCUEIL DE LOISIRS FRÉQUENTÉ PAR L'ENFANT (VILLE) : .....

ALLERGIES ALIMENTAIRES (à renseigner obligatoirement) :  Oui  Non

En cas d'allergie alimentaire, l'enfant pourra bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou d'un Protocole de Prise Médicamenteuse (PPM). Vous devez impérativement contacter l'école, la Communauté de Communes ou la commune (en cas d'accueil de loisirs) pour la mise en place d'un PAI ou un PPM. Sans la mise en place d'un PAI ou PPM, l'enfant ne sera pas accepté au restaurant scolaire.

Au delà de 2 enfants, merci de remplir la fiche « Complément d'inscription 2024-2025 »

## ENGAGEMENTS DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Je soussigné(e) : .....

- Certifie l'exactitude des renseignements figurant dans ce document.
- M'engage à signaler au service restauration dans les plus brefs délais tout changement pouvant intervenir.
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur disponible auprès du service restauration, ou consultable sur le site [www.ccrfp.fr](http://www.ccrfp.fr)
- Reconnais qu'en cas de survenance d'une allergie alimentaire en cours d'année, mon enfant devra bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé ou d'un Protocole de Prise Médicamenteuse, pour être à nouveau admis. Dans cet intervalle l'accueil de l'enfant sera suspendu.

Date :

Signature du responsable légal 1 (payeur de la facture) :