



## Charte de la cantine scolaire Commune d'Aspres-sur-Buëch

**Document à compléter et à rapporter au secrétariat de Mairie  
avec le livret d'inscription pour le 13 Août 2021 dernier délai**

Madame

Nom : .....

Prénom : .....

Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Responsable (s) légal (aux) de l'enfant (ou des enfants):

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement de la cantine scolaire organisée par la Commune d'Aspres-Sur-Buëch et nous nous engageons à le respecter et à le faire respecter par mon (mes) enfants(s).

Aspres-Sur-Buëch, le ...../...../.....

"Lu et approuvé"  
Signature des parents



**CANTINE SCOLAIRE  
DE LA COMMUNE  
D'ASPRES-SUR-BUECH**

**LIVRET D'INSCRIPTION**

L'inscription de l'enfant ne sera effective qu'au retour au secrétariat de Mairie de cette fiche dûment complétée et signée.

Tout changement de situation familiale de l'enfant survenant en cours d'année scolaire devra être précisé auprès de Madame PIERROT ou du secrétariat de Mairie.

**INSCRIPTION A LA CANTINE SCOLAIRE :**

OUI                       NON

**TRANSPORTS SCOLAIRES :**

Mon enfant utilisera le service des transports scolaires (mis en place par la Région – inscription sur le site <https://www.maregionsud.fr/transports/transports-scolaires>)

OUI                       NON

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE FAMILIALE :**

Nom de la compagnie : .....  
N° de police : .....

**AUTORISATION :**

Je soussigné, père\*, mère\*, tuteur\*, tutrice\*, autorise la Commune d'Aspres-Sur-Buëch à assurer la surveillance de mon enfant pendant le temps périscolaire, et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'avoir accepté.

J'autorise le Maire à faire hospitaliser mon enfant et à faire pratiquer une intervention en cas d'urgence.

Ce document doit être conjointement signé par le(s) responsable(s) légal(aux), ou le tuteur.

Nom : .....                      Nom : .....  
Prénom : .....                      Prénom : .....  
Signature :                      Signature :

**ENFANT : NOM et Prénom** .....

**Classe**..... **Enseignant** .....

**Date de naissance :** ...../...../.....

**Adresse :** .....

.....

**REPRESENTANTS LEGAUX :**

Situation familiale des parents

- Mariés ou vies maritale
- Séparés ou divorcés
- Famille mono-parentale

	Père	Mère
Nom :	.....	.....
Prénom	.....	.....
Adresse	.....	

Autorité parentale     OUI     NON     OUI     NON

Tel/domicile	.....	.....
Tel/portable	.....	.....
Tel/travail	.....	.....
Courriel	.....	.....

**PERSONNES A PREVENIR D'URGENCE ET/OU AUTORISES A RECUPERER L'ENFANT (si responsables légaux injoignables) :**

Nom et Prénom : .....

Tel : .....

Nom et Prénom : .....

Tel : .....

Nom et Prénom : .....

Tel : .....

Nom du médecin de l'enfant : .....

Tel : .....

Etablissement hospitalier souhaité : .....

DEPARTEMENT  
DES HAUTES-ALPES



MAIRIE  
ASPRES SUR BUECH  
05140

\*Raver les mentions inutiles