

FICHE D'INSCRIPTION

CANTINE

ANNÉE SCOLAIRE

2026-2027

Département de la Manche
Arrondissement d'Avranches

Commune de Saint Georges de Rouelley

26 Grande rue

50720

02.33.59.44.03

mairie@saintgeorgesderouelley.fr

site : <https://saintgeorgesderouelley.fr>



Cette fiche d'inscription est indispensable pour permettre à votre enfant de déjeuner à la cantine de Saint Georges de Rouelley à la rentrée de septembre 2026, faute de quoi, il ne sera pas admis (1 fiche d'inscription par enfant).

Merci de compléter ce document et de le remettre à la mairie de St Georges de Rouelley au plus tard le 31 juillet 2026 (peut être déposé dans la boîte aux lettres de la mairie)

Nom de l'élève* Prénom* :

Date et lieu de naissance* Classe* (rentrée 2026-2027) :

1er représentant légal et responsable financier :

Nom (usuel) - Prénom* :

Nom de naissance :

Date de naissance* :

Lieu de naissance* :

Adresse* :

.....

Téléphone* :

Mail* :

En cas d'urgence :

Nom - Adresse de l'employeur :

.....

2^{ème} représentant légal :

Nom (usuel) - Prénom* :

Nom de naissance :

Date de naissance* :

Lieu de naissance* :

Adresse* :

.....

Téléphone* :

Mail* :

En cas d'urgence :

Nom - Adresse de l'employeur :

.....

Les repas sont commandés le jeudi de la semaine N-2 soit 12 jours à l'avance
au Centre Hospitalier Gilles Buisson à Mortain Bocage.

Pour l'organisation de la distribution des repas, nous vous demandons de prévenir la mairie de **toute absence**
(en précisant la durée et le motif) par mail : mairie@saintgeorgesderouelley.fr

En cas d'absence de votre enfant à la cantine de moins d'une semaine, le repas commandé sera facturé.

Si votre enfant est absent plus d'une semaine et que vous en avez informé la mairie, vous serez exonéré.

Si vous souhaitez exceptionnellement que votre enfant mange à la cantine alors qu'il n'est pas inscrit,
merci de bien vouloir prévenir la mairie par mail (12 jours avant).

Mon enfant déjeunera à la cantine scolaire de Saint Georges de Rouelley :

(Tarif repas pour : 3,75€ , Adultes 5,75€)

☐ tous les jours

ou

☐ occasionnellement (précisez)

.....

☐ ne présente pas d'allergie alimentaire connue

☐ présente une allergie alimentaire connue

☐ ne mange pas de porc.....

Laquelle : Traitement :

Signature (précédée de la mention "Lu et approuvé")

Nom et n° téléphone du médecin :

.....

* information obligatoire