

RESTAURANT ET ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Restaurant scolaire

Les repas sont commandés le matin. Un décompte précis des élèves inscrits au restaurant scolaire permet d'optimiser les coûts et de vous faire bénéficier chaque année du tarif le plus avantageux possible.

En cas d'absence d'un élève, vous devez le signaler à l'école avant 9h le matin. Le repas est facturé le 1^{er} jour d'absence.

Le prix du repas est fixé pour cette année à 4,95 € par élève (maternelle et primaire)

Pour inscrire votre(vos) enfant(s) au restaurant scolaire, renseignez son(leurs) prénom(s) et cochez les bonnes cases :

| Identité de l'enfant | Les repas sont pris tous les jours (sauf exception) | Les repas sont pris occasionnellement, sans jour précis | Régime alimentaire | |
|----------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | | | Sans viande | Sans porc |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Des aides sont possibles, pour savoir si vous pouvez en bénéficier, veuillez-vous référer à l'annexe de ce dossier.

Services d'accueil périscolaire

L'école Marcel Callo vous propose 2 services d'accueil périscolaire :

- **Accueil du matin de 8H00 à 8H20**
 - Arrivée de l'enfant à compter de 8H00 : 1,75 €
- **Etude/garderie du soir de 16h30 à 18h30**
 - 1,75 € de l'heure
 - Pour des raisons de sécurité, les portes de l'établissement étant fermées entre 16h30 et 17H30, aucune sortie ne peut avoir lieu avant 17h30

Pour inscrire votre (vos) enfant(s) aux services d'accueil périscolaire, remplissez le tableau ci-dessous :

| Identité de l'enfant | Accueil du matin | Etude garderie du soir |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Afin de respecter un rythme adapté à l'enfant, **la durée maximale de présence d'un élève dans l'école est fixée à 10H.** Si vous avez des difficultés particulières, contactez la direction de l'école

AIDES POSSIBLES

Aides de la mairie (pour les résidents à Nantes)

La municipalité accorde une aide pour les repas aux familles qui en font la demande suivant leurs revenus. L'aide est directement versée par la mairie à l'école qui diminuera d'autant le montant des repas. Des formulaires sont à votre disposition auprès de la direction.

L'attestation de la Mairie est à remettre à l'école dès que vous l'avez reçue.

Toute famille dont le quotient familial est inférieur à 1160 peut prétendre à une aide (0.05 € par repas minimum). Les aides seront revalorisées et les repas seront facturés au même prix jusqu'au 31 décembre 2019. Au 1^{er} janvier 2020, un nouveau calcul de l'aide sera fait par la Mairie en fonction des revenus déclarés à la CAF pour l'année 2019.

ATTENTION : si votre enfant était inscrit dans une autre école auparavant **vous devez déclarer le changement de l'école à la Mairie de Nantes**. La réduction correspondant à l'aide de la Mairie ne sera appliquée qu'après l'accord de la Mairie. Tous les repas pris avant seront facturés au tarif plein.

Où vous adresser ?

- A la Mairie annexe des Dervallières, place des Dervallières (02.40.41.66.84)
- A la Mairie centrale : service éducation – BP 1013 – 44036 Nantes cedex

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRES)

1^{er} enfant

Nom de l'élève _____

Cochez la case si votre enfant fait l'objet d'un suivi psychologique, orthophonique, autre ...

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Vaccinations

| | Date de la dernière vaccination |
|-------------------|---------------------------------|
| D.T.P | |
| B.C.G | |
| Rougeole, Rubéole | |

Recommandations médicales particulières

| | |
|---|--|
| Régime alimentaire (demander un dossier spécifique) | |
| Allergies éventuelles (certificat d'un allergologue obligatoire) | |
| Traitements / médicaments | |
| Autres | |

AUTORISATIONS

1^{er} enfant

Madame, Monsieur :

Responsables légaux de l'élève :

Autorise(nt) leur enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des apprentissages scolaires (à l'école ou à l'extérieur de l'école)

- Oui
 Non

Autorise(nt) l'école à photographier leur enfant et à insérer d'éventuelles photos dans des articles à destination de la presse et du site internet de l'école

- Oui
 Non

Autorise(nt) leur enfant à effectuer seul le trajet domicile / école

- Oui
 Non

Autorise(nt) la ou les personne(s) suivante(s) à venir chercher notre enfant à l'école le soir ou dans la journée en cas d'indisponibilité.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Autorise(nt) le directeur ou son représentant à prendre toutes les décisions pour assurer la sécurité de l'enfant _____, y compris hospitalisation et intervention chirurgicale, en situation d'urgence

- Oui
 Non

Date et signature(s)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRES)

2^{ème} enfant

Nom de l'élève _____

Cochez la case si votre enfant fait l'objet d'un suivi psychologique, orthophonique, autre ...

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Vaccinations

| | Date de la dernière vaccination |
|-------------------|---------------------------------|
| D.T.P | |
| B.C.G | |
| Rougeole, Rubéole | |

mandations médicales particulières

| | |
|---|--|
| Régime alimentaire (demander un dossier spécifique) | |
| Allergies éventuelles (certificat d'un allergologue obligatoire) | |
| Traitements / médicaments | |
| Autres | |

AUTORISATIONS

2^{ème} enfant

Madame, Monsieur :

Responsables légaux de l'élève :

Autorise(nt) leur enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des apprentissages scolaires (à l'école ou à l'extérieur de l'école)

Oui
 Non

Autorise(nt) l'école à photographier leur enfant et à insérer d'éventuelles photos dans des articles à destination de la presse et du site internet de l'école

Oui
 Non

Autorise(nt) leur enfant à effectuer seul le trajet domicile / école

Oui
 Non

Autorise(nt) la ou les personne(s) suivante(s) à venir chercher notre enfant à l'école le soir ou dans la journée en cas d'indisponibilité.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Autorise(nt) le directeur ou son représentant à prendre toutes les décisions pour assurer la sécurité de l'enfant _____, y compris hospitalisation et intervention chirurgicale, en situation d'urgence

Oui
 Non

Date et signature(s)

Renseignements médicaux (obligatoires)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRES)

3^{ème} enfant .

Nom de l'élève _____

Cochez la case si votre enfant fait l'objet d'un suivi psychologique, orthophonique, autre ...

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Vaccinations

| | Date de la dernière vaccination |
|-------------------|---------------------------------|
| D.T.P | |
| B.C.G | |
| Rougeole, Rubéole | |

| | |
|---|--|
| Régime alimentaire (demander un dossier spécifique) | |
| Allergies éventuelles (certificat d'un allergologue obligatoire) | |
| Traitements / médicaments | |
| Autres | |

Recommandations médicales particulières

AUTORISATIONS

3^{ème} enfant

Madame, Monsieur :

Responsables légaux de l'élève :

Autorise(nt) leur enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des apprentissages scolaires (à l'école ou à l'extérieur de l'école)

- Oui
 Non

Autorise(nt) l'école à photographier leur enfant et à insérer d'éventuelles photos dans des articles à destination de la presse et du site internet de l'école

- Oui
 Non

Autorise(nt) leur enfant à effectuer seul le trajet domicile / école

- Oui
 Non

Autorise(nt) la ou les personne(s) suivante(s) à venir chercher notre enfant à l'école le soir ou dans la journée en cas d'indisponibilité.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Autorise(nt) le directeur ou son représentant à prendre toutes les décisions pour assurer la sécurité de l'enfant _____, y compris hospitalisation et intervention chirurgicale, en situation d'urgence

- Oui
 Non

Date et signature(s)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRES)

4^{ème} enfant .

Nom de l'élève _____

Cochez la case si votre enfant fait l'objet d'un suivi psychologique, orthophonique, autre ...

Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Vaccinations

| | Date de la dernière vaccination |
|-------------------|---------------------------------|
| D.T.P | |
| B.C.G | |
| Rougeole, Rubéole | |

Recommandations médicales particulières

| | |
|---|--|
| Régime alimentaire (demander un dossier spécifique) | |
| Allergies éventuelles (certificat d'un allergologue obligatoire) | |
| Traitements / médicaments | |
| Autres | |

AUTORISATIONS

4^{ème} enfant

Madame, Monsieur :

Responsables légaux de l'élève :

Autorise(nt) leur enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des apprentissages scolaires (à l'école ou à l'extérieur de l'école)

Oui
 Non

Autorise(nt) l'école à photographier leur enfant et à insérer d'éventuelles photos dans des articles à destination de la presse et du site internet de l'école

Oui
 Non

Autorise(nt) leur enfant à effectuer seul le trajet domicile / école

Oui
 Non

Autorise(nt) la ou les personne(s) suivante(s) à venir chercher notre enfant à l'école le soir ou dans la journée en cas d'indisponibilité.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Autorise(nt) le directeur ou son représentant à prendre toutes les décisions pour assurer la sécurité de l'enfant _____, y compris hospitalisation et intervention chirurgicale, en situation d'urgence

Oui
 Non

Date et signature(s)

Renseignements médicaux (obligatoires)