

# 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<sup>er</sup> jour d'absence.

**Le prix du repas est fixé pour cette année à 5,05 € par élève** (maternelle et primaire)

Pour inscrire votre ou vos enfants au restaurant scolaire, renseignez leur(s) prénom(s) et cochez les bonnes cases :

Prénom de l'enfant	Les repas sont pris tous les jours (sauf exception)	Les repas sont pris occasionnellement, sans jour précis
	<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 ou vos enfants aux services d'accueil périscolaire, remplissez le tableau ci-dessous :

Prénom de l'enfant	Accueil du matin	Etude garderie du soir
	<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.**

Le montant de l'aide varie selon le quotient familial (QF) et est recalculé par la Mairie en janvier 2022.

**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 ?

- Mairie annexe des Dervallières, place des Dervallières - 02.40.41.66.84
- Mairie centrale : service éducation, 11 boulevard de Stalingrad à Nantes – 02 40 41 94 42
- ALLONANTES 02 40 41 90 00

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (OBLIGATOIRES)

## 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>ème</sup> 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

## 2<sup>ème</sup> 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)****3<sup>ème</sup> 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

## 3<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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)