



MAIRIE DE COUFFÉ  
25 rue du Général Charette de la Contrie  
44521 COUFFÉ  
☎ 02 40 96 50 05 - 📠 02 40 96 57 14  
mairie@couffe.fr - accueil@couffe.fr - www.couffe.fr

HORAIRES D'OUVERTURE DE LA MAIRIE DE COUFFÉ :  
Lundi et samedi : 9h-12h  
Mardi, mercredi et jeudi : 9h-12h30  
Vendredi : 9h-12h et 14h-17h

Document à compléter et à rendre avant le 15 juin 2017

Reçue en mairie le :

**FICHE D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE**  
**Année scolaire 2017-2018      ECOLE HUGUES AUFRAY**

**IDENTITÉ RESPONSABLES LEGAUX**

- Nom(s) : ..... - Prénom(s) : .....
- Adresse domicile : .....
- Adresse de facturation (si différente du domicile) : .....
- Téléphone(s) : .....
- Courriel : .....
- Prélèvement automatique :    oui        non      
\*formulaire de demande de prélèvement automatique disponible en mairie
- Quotient familial : .....N° allocataire C.A.F. : .....

**IDENTITÉ DE(S) ENFANT(S)**

- Nom 1<sup>er</sup> enfant : ..... - Prénom : .....
- sexe :                                     garçon /  fille
- date de naissance : ...../...../.....
- classe fréquentée à la rentrée 2017/2018 : .....
  
- Nom 2<sup>ème</sup> enfant : ..... - Prénom : .....
- sexe :                                     garçon /  fille
- date de naissance : ...../...../.....
- classe fréquentée à la rentrée 2017/2018 : .....
  
- Nom 3<sup>ème</sup> enfant : ..... - Prénom : .....
- sexe :                                     garçon /  fille
- date de naissance : ...../...../.....
- classe fréquentée à la rentrée 2017/2018 : .....

- Inscription au :
- restaurant scolaire
  - TAM
  
  - restaurant scolaire
  - TAM
  
  - restaurant scolaire
  - TAM
- Merci de cocher la ou les cases correspondantes

## ❖ REGIMES ALIMENTAIRES

### ▪ Allergies

Aliments : .....  
 .....  
 P.A.I. à jour : oui  non  date :.....

Nom, prénom :  
 .....  
 .....

### ▪ Régimes particuliers (diabète, ...) :

.....  
 .....

Nom, prénom :  
 .....  
 .....

### ▪ Pratiques alimentaires spécifiques

.....  
 .....

Nom, prénom :  
 .....  
 .....

## ❖ EN CAS D'URGENCE

Numéros de téléphone :

Père : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

Mère : domicile ..... portable : ..... travail : .....

Autres personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom ..... téléphone : .....

Nom ..... téléphone : .....

Nom et téléphone du médecin traitant

.....

Fait à Couffé, le.....

Signature du (des ) représentant(s)

TARIFS				
Tranche	Tarif (€)	Tarif repas majoré (majoration de 1.80€)	Tarif (€) repas 1/2 tarif (Panier repas)	Tarif (€) repas 1/2 tarif majoré (majoration de 1.80€)
< 550	3,10	4,90	1,55	3,35
551 à 700	3,50	5,30	1,75	3,55
701 à 850	3,65	5,45	1,83	3,63
851 à 1000	3,80	5,60	1,90	3,70
1001 à 1150	3,85	5,65	1,93	3,73
1151 à 1300	3,90	5,70	1,95	3,75
1301 à 1450	3,95	5,75	1,98	3,78
> 1451	4,00	5,80	2,00	3,80