**COMMUNE DE LEXY**

**ACCUEIL PERISCOLAIRE**

**ANNEE 2019/2020**

FORFAIT ANNUEL

4 Repas par semaine pris à la cantine du Collège Emile Gallé

**Nom/Prénom** du représentant légal :

Adresse complète :

 **Nom/Prénom** de l’enfant :

Ecole :

Classe :

Le représentant légal déclare que l’enfant ci-dessus nommé est inscrit pour toute l’année scolaire 2019/2020 à la cantine du Collège Emile Gallé.

Je, soussigné (e) , reconnais ne percevoir aucune indemnisation en cas d’absence de mon enfant au repas quelle que soit la raison.

Aucune radiation ni inscription en cours d’année est permise.

Le tarif du repas est fixé à 4 euros par jour, et celui de l’accueil périscolaire de 11h30 à 13h30 est calculé selon le quotient familial de chaque famille.

A,

Le,

Signature :