

PHOTO

CANTINE SCOLAIRE - ANNEE SCOLAIRE 2020-2021  
DEMANDE de RENSEIGNEMENTS  
(A déposer à l'école ou en Mairie au plus vite)

Nom et prénom de(s) l'enfant(s) :

Date et lieu de naissance :

Classe fréquentée :

Fréquence de l'inscription : barrer la mention inutile

- \* J'inscris mon enfant à compter de la rentrée 01/09/2020
- \* Ou J'inscris mon enfant à compter du ...../...../.....

\* LA SEMAINE COMPLETE

\* LUNDI ou MARDI ou JEUDI ou VENDREDI

\* OCCASIONNEL (jours à préciser par téléphone) **la veille avant 11h.**

Allergies - Médicaments : Fournir OBLIGATOIREMENT un certificat médical du médecin qui justifie l'allergie. La prise de médicaments n'est pas autorisée en cantine.

Nom et prénom des Parents :

Adresse :

Tél.Domicile :

Email :

Monsieur	Madame
Nom et adresse de l'employeur	Nom et adresse de l'employeur
Tél. professionnel	Tél. professionnel
Tél. Portable	Tél. Portable

ADRESSE DE FACTURATION : .....

Nom - adresse et téléphone du médecin traitant à appeler en cas d'urgence :

*Signature des Parents*