

**DOSSIER D'ADMISSION AU RESTAURANT SCOLAIRE DE RENAISON
ANNEE 2017/2018**

A RETOURNER AVANT LE 21 AOUT 2017 EN MAIRIE

<u>ENFANT</u>	
NOM Prénom :	SEXE : M F
Né (e) le :	à :
Classe :	Instit. :

<u>RESPONSABLE LEGAL POUR LA FACTURATION</u>			
NOM Prénom:			
Adresse :			
Tél :		N° Allocataire CAF/MSA :	

Rappel : inscription enregistrée si toutes les factures antérieures sont payées.

<u>PARENTS</u>		
	<u>Père</u>	<u>Mère</u>
NOM-Prénom		
Adresse perso.		
Employeur		
Tél. personnel		
Tél. prof.		

<u>JOURS D'INSCRIPTION AU RESTAURANT SCOLAIRE</u>				
<u>Personne à joindre entre 11h30 et 13h30 :</u>				
Téléphone :				
Adresse :				
Fréquentation	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Mettre une croix pour les jours réguliers				
Allergie	OUI	NON	Si OUI, prendre <u>OBLIGATOIREMENT</u> contact avec la Mairie	
Observations autres :				

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur la feuille.

Fait à

Signature

Le