



**ENFANT :**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
NÉ(E) LE : ..... A .....  
SA CLASSE : .....

**PARENTS : (renseignements obligatoires)**

**Parent 1**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
ADRESSE : .....  
☎ Travail : .....  
☎ Domicile : .....  
☎ Portable : .....

**Parent 2**

NOM : .....  
PRENOM : .....  
DATE DE NAISSANCE : .....  
ADRESSE : .....  
☎ Travail : .....  
☎ Domicile : .....  
☎ Portable : .....

**Quotient familial et numéro d'allocataire (obligatoire):** .....

**Adresse mail à communiquer (obligatoire)**

**Adresse mail à communiquer (obligatoire)**

.....

.....

**Autres personnes à prévenir en cas d'empêchement des parents :**

NOM – PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
Son ☎ : .....  
NOM – PRENOM : .....  
ADRESSE : .....  
Son ☎ : .....

*En cas d'hospitalisation, votre enfant sera pris en charge par le Centre Hospitalier de REDON.*

*Tél. : 02.99.71.71.71*

**Signatures des parents :**

**Allergies :**

- Asthme                       Alimentaires                       PAI

Motif : .....

**Les données collectées dans le cadre de ce formulaire sont exclusivement utilisées par les agents municipaux pour la gestion du service de restauration scolaire.**