



A RETOURNER EN MAIRIE

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.