



COMMUNE DE
VILLEMOUSTAUSOU

INSCRIPTION CANTINE 2024/2025

Responsables légaux

PERE	MERE
<u>Nom :</u>	<u>Nom :</u>
<u>Prénom :</u>	<u>Prénom :</u>
<u>Situation familiale :</u>	<u>Situation familiale :</u>
<u>Adresse :</u>	<u>Adresse :</u>
<u>Tél domicile :</u>	<u>Tél domicile :</u>
<u>Tél portable :</u>	<u>Tél portable :</u>
<u>Tél professionnel :</u>	<u>Tél professionnel :</u>
<u>Adresse mail de facturation :</u>	<u>Adresse mail de facturation :</u>
<u>Inscrit sur le portail citoyen :</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<u>Inscrit sur le portail citoyen :</u> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
N° Allocataire CAF :	Partie réservée à l'administration. Merci de fournir l'attestation du Q.F
	Q.F : €

Tournez S.V.P

A compter du:

ENFANT(S)

1er ENFANT: Nom / Prénom

Date de naissance:

Classe:

Sexe: M: F:

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Cantine permanente (4 jours fixes)

Cantine semi permanente(1 à 3 jours)

Cantine occasionnel

Menu sans porc

2eme ENFANT: Nom / Prénom

Date de naissance:

Classe:

Sexe: M: F:

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Cantine permanente (4 jours fixes)

Cantine semi permanente(1 à 3 jours)

Cantine occasionnel

Menu sans porc

3eme ENFANT: Nom / Prénom

Date de naissance:

Classe:

Sexe: M: F:

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Cantine permanente (4 jours fixes)

Cantine semi permanente(1 à 3 jours)

Cantine occasionnel

Menu sans porc

Allergie Alimentaire:

P.A.I: Projet d'Accueil Individualisé (Allergies ou intolérance alimentaire): OUI: NON:

(Compléter un P.A.I en présentant un certificat médical ainsi que la conduite à tenir)

Je soussigné,

reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire de la
Commune de Villemoustaussou et en accepte toute ses dispositions,

A:

Le:

Signature de responsable légal: << Lu et approuvé>>