



# Dossier d'inscription

## RESTAURATION SCOLAIRE

### 2020 / 2021



A partir de (préciser si à partir du 1<sup>er</sup> jour de la rentrée).....

La famille doit être obligatoirement à jour des paiements de l'année précédente en cas de renouvellement.  
Tout changement en cours d'année doit être signalé par écrit au service scolaire de la CCBC.

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe

Formule adoptée pour l'année : Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi  Planning

Observations particulières :  repas sans porc  repas végétarien  
 PAI (allergie origine alimentaire – à préciser) : .....

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS OU LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Nom de jeune fille:	Nom de jeune fille:
Date de naissance: / /	Date de naissance: / /
Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre Précisez :	Qualité du responsable : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre Précisez :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Situation familiale : marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/>	Situation familiale : marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/>
Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél portable :	Tél portable :
Tel professionnel :	Tel professionnel :
Email :	Email :
Responsable à facturer : <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> Non	Responsable à facturer : <input type="checkbox"/> oui / <input type="checkbox"/> Non

#### FACTURATION

N° Allocataire CAF : .....

Revenu fiscal de référence 2019 « sur revenu 2018 » \*(du foyer) : .....  
\*(Fournir l'avis d'imposition correspondant)

Fait à ..... le .....

Signature

Le présent document vaut inscription et acceptation du règlement intérieur.