

A RETOURNER AU PLUS TARD LE 5 AOUT 2020

(Ne pas attendre votre avis d'imposition pour nous retourner ce document).

Représentant légal : Nom – Prénom

Conjoint : Nom – Prénom

.....
 Père - Mère - Autre.....

.....
 Père - Mère - Autre.....

Adresse : Les factures sont adressées à l'**UDAF**

:
☒ mail :



:

Nombre d'enfant à charge :

Situation familiale : Marié(e) - Concubinage - Divorcé(e) - Séparé(e) - Pacsé(e)
Veuf(ve) - Célibataire

Profession :
Employeur :

Profession :
Employeur :

Mode de garde de l'enfant (parents divorcés ou séparés) : chez le père chez la mère
 Alternée : (semaines paires - semaines impaires .

N° de CAF ou MSA : **Caisse :**

NOM PRENOM DES ENFANTS ECOLE - CLASSE	DATE DE NAISSANCE	PLANNING	OCCASIONNEL	PAI Régime Alimentaire	Sans Porc
		Lundi <input type="checkbox"/> - Mardi <input type="checkbox"/> - Jeudi <input type="checkbox"/> - Vendredi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lundi <input type="checkbox"/> - Mardi <input type="checkbox"/> - Jeudi <input type="checkbox"/> - Vendredi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lundi <input type="checkbox"/> - Mardi <input type="checkbox"/> - Jeudi <input type="checkbox"/> - Vendredi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lundi <input type="checkbox"/> - Mardi <input type="checkbox"/> - Jeudi <input type="checkbox"/> - Vendredi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fréquentation OCCASIONNELLE

Je soussigné(e) m'engage à informer le CCAS des repas pris par mon enfant **AU MOINS 48H A L'AVANCE**, tout repas pris sans réservation est majoré de 50%

Annulation des repas (Avant 9h uniquement en cas de maladie)

En cas d'absence au restaurant scolaire, les parents s'engagent à informer le CCAS **AU MOINS 48H A L'AVANCE**, les repas non annulés sont facturés.

La signature du présent contrat vaut acceptation,
Signature(s) des responsables légaux « Lu et approuvé », le

FRERES ET SŒURS QUI NE FREQUENTENT PAS LA RESTAURATION SCOLAIRE

<u>NOM PRENOM</u>	<u>DATE DE NAISSANCE</u>	<u>NOM PRENOM</u>	<u>DATE DE NAISSANCE</u>

JE NE SOUHAITE PAS FOURNIR MON AVIS D'IMPOSITION 2020.