

A RETOURNER AU PLUS TARD LE 05 JUILLET 2021

(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 : **Profession :**
Employeur : **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 ET LIEU 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

NOM PRENOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	NOM PRENOM	DATE ET LIEU DE NAISSANCE

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