



# **COMMUNE DE PLUMELIN**

**DOSSIER INSCRIPTION**

**CANTINE - GARDERIE**

**ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**

COMMUNE DE PLUMELIN  
6, Bis Rue de la Mairie  
56500 PLUMELIN  
Tél : 02 97 44 10 75  
Mairie.plumelin@wanadoo.fr

## Dossier Famille à Compléter

Date : .....

### FAMILLE

Nom de Famille : .....

Adresse d'envoi des factures : .....

.....

Situation Familiale : .....

Tél Domicile : ..... Tél Travail : .....

Tél mobile 1 : ..... Tél mobile 2 : .....

@ mail : .....

Père ou Responsable 1 :

Autorité Parentale : Oui  Non

Nom : .....

N° Allocataire CAF : .....

Prénom : .....

Né le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à ..... Dépt : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Tél Domicile : ..... Tél Travail : .....

Tél mobile 1 : ..... Tél mobile 2 : .....

@ mail : .....

Nom et adresse employeur : .....

Mère ou Responsable 2 :

Autorité Parentale : Oui  Non

Nom : ..... N° Allocataire CAF : .....

Prénom : .....

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à ..... Dépt : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

Tél Domicile : ..... Tél Travail : .....

Tél mobile 1 : ..... Tél mobile 2 : .....

@ mail : .....

Nom et adresse employeur : .....

## Dossier Famille à Compléter

### Enfant 1

Nom : ..... Sexe : Garçon

Prénoms : ..... Fille

Date de naissance ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

Ecole : ..... Classe 2020/2021 : .....

### Planning de l'enfant

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	
Garderie Matin	Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>	Garderie Matin <input type="checkbox"/>
Cantine	Cantine <input type="checkbox"/>	Cantine <input type="checkbox"/>		Cantine <input type="checkbox"/>	Cantine <input type="checkbox"/>
Garderie soir	Garderie soir <input type="checkbox"/>	Garderie soir <input type="checkbox"/>	Garderie midi <input type="checkbox"/>	Garderie soir <input type="checkbox"/>	Garderie soir <input type="checkbox"/>

### Médecin Traitant

Nom /Prénom: .....

Téléphone: .....

### Allergie(s) – Régime alimentaire

### Maladie – Antécédent médicaux

## *Dossier Famille à Compléter*

### Personnes à prévenir en cas de problème

Nom : .....

Prénoms : .....

Téléphone: ..... Mobile : .....

Nom : .....

Prénoms : .....

Téléphone: ..... Mobile : .....

Nom : .....

Prénoms : .....

Téléphone: ..... Mobile : .....