



COMMUNE DE PLUMELIN

DOSSIER INSCRIPTION

CANTINE - GARDERIE

ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

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 :

Nom :

Autorité Parentale : Oui Non

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 :

Nom :

Autorité Parentale : Oui Non

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 2019/2020 :

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	<input type="checkbox"/>	Cantine <input type="checkbox"/>			Cantine <input type="checkbox"/>	Cantine <input type="checkbox"/>
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 :