

ENFANT**Nom et prénom:****Classe :****RESERVATION CANTINE**

Durant l'année scolaire, mon enfant mangera à la cantine :

Tous les jours de la semaine sans exception**Toutes les semaines mais uniquement des jours précis :**

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

Selon un planning de réservation donné par périodes**Ponctuellement, en réservant la veille avant 10h00**

Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un menu sans porc

Oui

Non

FACTURATION CANTINE ET PERISCOLAIRE

Personne à facturer :

Nom et Prénom : **domicile :****Adresse :** **portable :****Mail :****CP – Ville :****OBLIGATOIRE** N° Allocataire CAF :ET attestation QF (CAF,MSA)**DANS LE STRICT RESPECT DU RGPD (Règlement général sur la protection des données)**

Je soussigné, M /Mme

- Autorise le Maire, à saisir mes informations personnelles et les informations médicales de mon enfant,
- Autorise le Maire, à consulter mes données ressources en se connectant au service « Mon Compte Partenaire » CAF, en utilisant mon numéro d'allocataire CAF
- Accepte d'être redevable des factures liées à la restauration scolaire et l'accueil périscolaire qui concernent l'enfant inscrit sur cette fiche
- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche et m'engage à signaler immédiatement toute modification,

Date :Signature :