

Année scolaire : 20..... / 20..... Ecole : .....  
Niveau : ..... Classe : .....

**ÉLÈVE**

N° d'allocataire CAF : .....  
NOM : ..... Prénoms : ..... / ..... Sexe : M  F   
Née le : ..... / ..... / ..... Lieu de Naissance (commune) : ..... (Département) .....  
(Pays si hors de France)  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....

**PÈRE**

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
(Si différente de celle de l'élève)  
Code postal : ..... Commune : .....  
Tél :  Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

**MÈRE**

NOM de jeune fille : ..... Prénom : .....  
Nom marital (nom d'usage) : ..... Autorité parentale Oui  Non   
Adresse : .....  
(Si différente de celle de l'élève)  
Code postal : ..... Commune : .....  
Tél :  Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

**AUTRE RESPONSABLE LÉGAL (personne physique ou morale)**

Organisme : ..... Personne référente : .....  
Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
(Si différente de celle de l'élève)  
Code postal : ..... Commune : .....  
Tél :  Domicile : ..... Portable : ..... Travail : .....

❖ **UTILISATION DU RESTAURANT D'ENFANTS AU COURS DE L'ANNÉE :**

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

❖ **ALLERGIE CONNUE NÉCESSITANT UN RÉGIME SPÉCIAL :**      => Joindre un certificat d'un allergologue

❖ **OBSERVATIONS :**

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

Date : ..... Date : .....

Signature de la mère : ..... Signature du père : .....