



VILLE
de

52120 CHATEAUVILLAIN

Haute-Marne

Téléphone : 03 25 32 93 03

Fax : 03 25 32 83 38

E-Mail : Mairie.chateaufvillain@wanadoo.fr

CANTINE GARDERIE

SCOLAIRE

2024/2025



Madame, Monsieur,

dessous :

Vous désirez que votre enfant fréquente la cantine municipale, afin de mettre à jour le fichier nous vous demandons de bien vouloir remplir le questionnaire ci-

NOM	PRENOM	Date Naissance Et lieu	Classe	Adresse enfants	Bus OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Problème de santé OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui Lesquels Traitement suivi ?	GARDERIE PERISCOLAIRE MATTIN <input type="radio"/> SOIR <input type="radio"/>
					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		MATTIN <input type="radio"/> SOIR <input type="radio"/>
					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		MATTIN <input type="radio"/> SOIR <input type="radio"/>
					OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		MATTIN <input type="radio"/> SOIR <input type="radio"/>

En cas d'accident, le personnel de cantine s'efforce de prévenir le plus rapidement possible.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

NOM

Prénom : Tél(s) :

Père :
date de naissance :/...../.....

Adresse :
Mail :

Mère :
date de naissance :/...../.....
Tél(s) :

Adresse :
Mail :

Représentant légal :
Prénom : Tél(s) :

Adresse :
Mail :

AUTORISATION PHOTOS (bulletin municipal, journal...) oui non

CANTINE A 1 € : merci de fournir : votre AVIS D'IMPOT 2023 sur revenus 2022 et votre COEFFICIENT FAMILIAL (CAF)
(si ces documents ne sont pas fournis le tarif maximum sera appliqué)

AUTRES PERSONNES : NOM - PRENOM-ADRESSE-TELEPHONE-MAIL :
.....
.....

NOM TELEPHONE ADRESSE du MEDECIN traitant :

Si votre enfant nécessite une hospitalisation où désirez-vous qu'il soit dirigé ? CLINIQUE HOPITAL

En cas d'absence prévenir la Mairie au moins 48h à l'avance – en cas d'absence non justifiée et non signalée les repas seront facturés.

Signatures, (écrire la mention « lu et approuvé »)
REPRESENTANT LEGAL (Mère-Père-Tuteur)



Le Maire,

MC LAVOCAT

INDIQUER LES JOURS DE PRESENCE : Lun /Mardi /Jeudi /Vendredi