



**RESPONSABLE** : (cochez)      **PERE**       **MERE**       **TUTEUR**

**PERE ou TUTEUR** : Nom et prénoms : .....  
 Profession : ..... Employeur ..... Téléphone employeur : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_  
 ADRESSE : .....  
 Code Postal: /\_/\_/\_/\_/ Ville : .....  
 Téléphone domicile : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Téléphone Mobile : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**MERE** : Nom de naissance et prénoms : .....  
 Profession : ..... Employeur ..... Téléphone employeur : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_  
 ADRESSE : .....  
 Code Postal: /\_/\_/\_/\_/ Ville : .....  
 Téléphone domicile : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ Téléphone Mobile : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/

**SITUATION FAMILIALE** :    Célibataire     Marié(e)     Séparé(e)   
    Divorcé (e)     Veuf(ve)     Vie maritale   
 Nombre d'enfants inscrits à la cantine : /\_/\_/\_  
 Si vous percevez des prestations de la CAF remplissez le document au verso - N° d'allocataire : /\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/ /\_/

RESSOURCES MENSUELLES (précisez le montant par mois en €)	MONSIEUR	MADAME
Salaires		
Allocations sociales (CAF) sauf logement et rentrée scolaire		
Pension vieillesse		
Pensions alimentaires		
Autres Ressources (ASSEDIC...)		

ENFANT (S) : NOM ET PRENOMS	DATE DE NAISSANCE	ECOLE	CLASSE
.....	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/	.....	.....
.....	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/	.....	.....
.....	/_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/	.....	.....

Allergies : (Joindre un certificat médical de l'allergologue) Interdits alimentaires : (précisez viande de porc, ou crustacés).....

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e) M.....  
 certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A Morne-à-L'Eau le, .....

Signature du Responsable

(à cocher par la DETL)    **TARIF 1- (24.05€)**     **TARIF 2- (27.95 €)**     **TARIF 3- (30.55€)**