

ANNEXE 2	DEMANDE DE RESERVATION BESOINS D'ACCUEIL – RESTAURATION SCOLAIRE
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Date de réception de la demande d'inscription : Date d'admission sollicitée :	<i>Cadre réservé établissement</i>
----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Nous soussignés M..... et Mme

agissant en qualité de père mère autre (à préciser)

Domiciliés (1)

.....

Travaillant à (2)

.....

Profession

Téléphone fixe

Téléphone portable

courriel

Représentant CAF N° Allocataire CAF

Autres régimes (MSA, Conseil de l'Europe ...)

Bénéficiaire des minima sociaux ? Oui Non

Si oui précisez lequel (justificatif à fournir)

RSA AAH Allocation de Solidarité Spécifique

confirmons la demande d'accueil de notre enfant

Nom –Prénoms.....

Date de naissance..... à

PERIODE d'Accueil souhaitée : à partir du

Jusqu'au

(1) Adresse complète – père et mère si adresse différente

(2) Nom de l'employeur et localité de l'entreprise

Autres enfants :

Nom –Prénoms

Date de naissance

Calendrier hebdomadaire à compléter :

(mettre une croix dans les cases choisies)

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
11h30	12h00			<i>A partir 11h15</i>		
12h00	12h30					
12h30	13h00					
13h00	13h30					

Réservation annuelle :

Réservation pour l'année scolaire 2016/2017 : Oui Non

Réservation trimestrielle :

Réservation pour les mois de septembre à décembre 2016: Oui Non

Réservation pour les mois de janvier à mars 2017 : Oui Non

Réservation pour les mois de d'avril à juin 2017: Oui Non

Réservation mensuelle :

2016

août septembre octobre novembre décembre

2017

janvier février mars avril mai juin juillet

Acceptez-vous d'autres jours si non disponibilité : Oui Non

Minimum de jours d'Accueil souhaité : 1 2 3 4 5

Le :

Signature :