



RESPONSABLE LEGAL

NOM : _____

PRENOMS : _____



ADRESSE : _____

CP : _____ VILLE : _____

E-Mail : _____

Allocataire : CAF MSA AUTRE

N° : _____

 : _____  : _____

PROFESSION DU PERE : _____

PROFESSION DE LA MERE : _____

NOM de l'enfant : _____	
PRENOMS de l'enfant : _____	
Date de naissance : _____	Age : _____
Journée avec repas <input type="checkbox"/>	Journée sans repas <input type="checkbox"/>