

Carte N° :



FICHE INTENDANCE 2020-2021

A remplir pour TOUS les élèves (externes, demi-pensionnaires et internes)

Nom de l'élève: _____

Prénom: _____

Date de naissance: _____

Classe (2020-21): _____

Régime :



Demi-pensionnaire*



Externe



Interne

* Forfait 3,4 ou 5 jours (fixes) à définir à la rentrée scolaire selon l'emploi du temps.

En cas D'ALLERGIE ALIMENTAIRE, je m'engage à transmettre un justificatif médical au bureau de l'intendance.

Type d'allergie : _____

Responsable légal et financier de l'élève :

Nom: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Signature :

Employeur :

Adresse :

A JOINDRE IMPERATIVEMENT:

Pour **TOUS** les élèves, un relevé d'identité bancaire au nom du responsable financier (Paiement des bourses ou remboursement à effectuer durant l'année scolaire) **Pas de prélèvement bancaire.**

⇒ **MERCI D'AGRAFER LE RIB CI-DESSOUS :**