

Dossier Famille à Compléter

Date :

Famille

Civilité : Nom de Famille :

Adresse :
.....
.....

Situation Familiale :

Revenus : Mensuels : Annuels : Liste Rouge :

Fixe 1 : Fixe 2 : ☐ Oui ☐ Non

Mobile 1 : Mobile 2 : ☐ Oui ☐ Non

Fax. 1 : Fax. 2 : ☐ Oui ☐ Non

@Mail :

Régime : Nbr. total d'enfants : Nbr. d'enfants à charge :

N° Allocataire :

Père ou Responsable 1

Autorité Parentale: ☐ Oui ☐ Non

Nom/Prénom :

Né le: ____/____/____ à Dept. Nationalité :

Adresse :
.....

Profession :

Adresse
Pro. :
.....

Revenus : Mensuels : Annuels : Liste Rouge :

Fixe 1 : Fixe 2 : ☐ Oui ☐ Non

Mobile 1 : Mobile 2 : ☐ Oui ☐ Non

Fax. 1 : Fax. 2 : ☐ Oui ☐ Non

@Mail :

Dossier Famille à Compléter

Mère ou Responsable 2

Autorité Parentale:

Oui

Non

Nom/Prénom :

Né le : ____/____/____ à⁴⁹ Dept. Nationalité :

Adresse :

Profession :

Adresse

Pro. :

Revenus : Mensuels : Annuels :

Liste Rouge :

Fixe 1 : Fixe 2 : ☐ Oui ☐ NonMobile 1 : Mobile 2 : ☐ Oui ☐ NonFax. 1 : Fax. 2 : ☐ Oui ☐ Non

@Mail :

Dossier Famille à Compléter

Enfant 1

Nom :

Sexe : ☐ Garçon

Prénom(s) :

☐ Fille

Date de naissance :/...../.....

Age de l'enfant : ☐ *Année de naissance :*

Planning de l'enfant

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐
Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐
Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐
Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐
Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐
Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐
Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____
Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____

Médecin traitant :

Nom /Prénom :

Téléphone :

Allergie(s) :

Régime Alimentaire :

Antécédents médicaux :

Maladie :

Dossier Famille à Compléter

Enfant 2

Nom :

Sexe : ☐ Garçon

Prénom(s) :

☐ Fille

Date de naissance :

Age de l'enfant : ☐ *lieu de naissance* :

Planning de l'enfant

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐	Péris.matin ☐
Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐	Matin ☐
Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐	Midi ☐
Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐	Après-Midi ☐
Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐	Péris. soir ☐
Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐	Horaires Atypiques ☐
Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____
Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____

Médecin traitant :

Nom /Prénom :

Téléphone :

Allergie(s) :

Régime Alimentaire :

Antécédents médicaux :

Maladie :