

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**2017/2018**

**Enfant**

Nom..... Prénom.....  
 Date et lieu de naissance.....  
 Adresse.....  
 .....  
 Code postal..... Commune.....  
 Téléphone fixe..... Portable (mère).....  
 Mail : .....  
 ..... Portable (Père).....  
 Mail : .....

**Situation familiale**

Marié(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf (veuve)  Pacsé(e)   
 Vie maritale  Célibataire

**Responsable légal de l'enfant**

<b>PERE</b> <input type="checkbox"/>	<b>MERE</b> <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE</b> <input type="checkbox"/> .....
Nom :.....	Nom de naissance :.....	Nom :.....
Prénom :.....	Nom d'usage:.....	Prénom :.....
Date de naissance :.....	Prénom :.....	Date de naissance :.....
N° de sécu :.....	Date de naissance :.....	N° de sécu :.....
Caisse maladie :.....	N° de sécu :.....	Caisse maladie :.....
Profession :.....	Caisse maladie :.....	Profession :.....
Employeur :.....	Profession :.....	Employeur :.....
N° tél travail :.....	Employeur :.....	N° tél travail :.....
Adresse employeur	N° tél travail :.....	Adresse employeur
	Adresse employeur	

*→Si séparation des parents Photocopie du Jugement du tribunal concernant les dispositions relatives à la garde de l'enfant*

**Organisme des prestations familiales**

<u>PERE</u> <input type="checkbox"/>	<u>MERE</u> <input type="checkbox"/>	<u>AUTRE</u> <input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE.....	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE.....	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE.....
N°d'allocataire :..... .....	N°d'allocataire :..... .....	N°d'allocataire :..... .....

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre que les parents)**

1 -Nom.....Prénom.....  
Lien de parenté :.....  
Adresse :.....  
Code postal: .....Commune : .....  
Téléphone : .....Portable : .....

2 -Nom.....Prénom.....  
Lien de parenté :.....  
Adresse :.....  
Code postal: .....Commune : .....  
Téléphone : .....Portable : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)**

1 -Nom.....Prénom.....  
N° de tél : .....

2 -Nom.....Prénom.....  
N° de tél : .....

3 -Nom.....Prénom.....  
N° de tél : .....

**Médecin traitant**

1 -Nom.....N° de tél : .....