



L'ENFANT

Nom :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

N° de sécurité sociale dont l'enfant dépend :

Médecin traitant

Nom, adresse et numéro de téléphone:

CAF

N° allocataire :

Titulaire : PÈRE ou MÈRE

Assurance

Nom de la compagnie :

Numéro de contrat :

Vie quotidienne

- allergies ?
- régime alimentaire particulier ?
- PAI (projet d'accueil individualisé) ?

SA FAMILLE

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants à charge :

Situation familiale

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> célibataire | <input type="checkbox"/> veuf(ve) |
| <input type="checkbox"/> mariés | <input type="checkbox"/> vie maritale |
| <input type="checkbox"/> divorcés | <input type="checkbox"/> pacsés |
| <input type="checkbox"/> séparés | |

Droit de garde de l'enfant assuré par :

- père
- mère

Responsable 1 (à contacter en priorité en cas de besoin)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Numéros de téléphone

Privé :

Mobile :

Professionnel :

Adresse email : pour envoi de la facture *

Profession:

Employeur / lieu de travail :

Régime particulier (MSA, SNCF, EDF....)?

N° de sécurité sociale:

Responsable 2

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :

Numéros de téléphone

Privé :

Mobile :

Professionnel :

Adresse email : pour envoi de la facture *

Profession:

Employeur / lieu de travail :

Régime particulier (MSA, SNCF, EDF....)?

N° de sécurité sociale:

Merci de ne cocher qu'une seule adresse mail à laquelle vous souhaitez recevoir la facture (responsable 1 ou 2)*PLANNING D'ACCUEIL**

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi

ENGAGEMENTS

Les parents :

- certifient l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus
- s'engagent à préciser tout changement de situation dans les plus brefs délais
- déclarent avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de l'établissement et s'engagent à le respecter

Date :**Signature responsable 1 :****Signature responsable 2 :**