



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

E-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 : N° Sécurité Sociale :

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

E-mail :



MULTI ACCUEIL SAINT FRANCOIS

4 RUE SAINT FRANCOIS
B.P. 14
76110 GODERVILLE

Tel : 09 60 02 43 40
Fax : 02 35 29 87 81
contact@lespitchouns.org

Dossier Famille à Compléter

Mère ou Responsable 2

Autorité Parentale : Oui Non

Nom / Prénom :

Né(e) le : ___/___/___ à Dept. Nationalité :

Adresse :

.....

Profession : N° Sécurité Sociale :

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

E-mail :



Dossier Famille à Compléter

Enfant 1

Nom : Sexe : Garçon

Prénoms : Fille

Date de naissance/...../..... Age de l'enfant :

Planning de l'enfant

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péri. matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires Atypiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____
Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____

Médecin traitant :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Allergies :

Régimes Alimentaires :

Antécédents médicaux :

Maladies :



Dossier Famille à Compléter

Enfant 2

Nom : Sexe : Garçon

Prénoms : Fille

Date de naissance/...../..... Age de l'enfant :

Planning de l'enfant

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péri. matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-Midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires Atypiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____	Arrivée: ____:____
Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____	Départ: ____:____

Médecin traitant :

Nom / Prénom :

Téléphone :

Allergies :

Régimes Alimentaires :

Antécédents médicaux :

Maladies :