



## 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 : ..... 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

@Mail : .....



## Dossier Famille à Compléter

Mère ou Responsable 2

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

@Mail : .....



## Dossier Famille à Compléter

### Enfant 1

Nom : .....

Sexe :  Garçon

Prénom(s) : .....

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

#### Planning de l'enfant

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péris.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"/>
Péris. 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 : .....

#### 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 :

#### Planning de l'enfant

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Péris.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"/>
Péris. 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 : .....

#### Allergie(s) :

#### Régime Alimentaire :

#### Antécédents médicaux :

#### Maladie :