

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:

Regime: Nbr. total d'enfant: Nbr. d'enfant à charge:

N^o Allocataire:

Père ou Responsable 1

Autorité Parentale: Oui Non

Nom/Prénom :

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

Adresse :

.....

Profession: N^o 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^o Sécurité Sociale :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
Prénoms : 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"/>
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: ____:____

Medecin traitant:

Nom /Prénom:
Téléphone:

Allergie(s):**Régime Alimentaire:****Antécédent medicaux:****Maladie:**

Dossier Famille à Compléter**Enfant 2**Nom : Sexe : GarçonPrénoms : 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"/>
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: ____:____

Medecin traitant:

Nom /Prénom:

Téléphone:

Allergie(s):**Régime Alimentaire:****Antécédent medicaux:****Maladie:**