

1. ENFANT

Nom:	Prénom:	Né(e) le:
N° Alloc.CAF:	Quotient:	
Régime général <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>

2. TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE

PARENT <input type="checkbox"/>	PARENT 2 <input type="checkbox"/>	CONJOINT <input type="checkbox"/>	CONJOINTE <input type="checkbox"/>	TUTEUR <input type="checkbox"/>
Marié <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/>	Concubinage <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	

3. PARENT 1 / PARENT 2 OU TUTEUR/TRICE

NOM:	PRENOM:
Date de naissance:	
Adresse:	
Tél. domicile:	Tél. portable:
Profession:	Employeur:
adresse:	Tél. professionnel:

4. PARENT 1 / PARENT 2 OU TUTEUR/TRICE

NOM:	PRENOM:
Date de naissance:	
Adresse:	
Tél. domicile:	Tél. portable:
Profession:	Employeur:
adresse:	Tél. professionnel:

5. PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ET/OU A CONTACTER EN CAS D'ABSENCE

NOM:	PRENOM:
Date de naissance:	Lien de parenté:
Adresse:	TEL.:
NOM:	PRENOM:
Date de naissance:	Lien de parenté:
Adresse:	TEL.:

6. ADRESSE MAIL POUR L'ENVOI DES FACTURES ET ACCES AU PORTAIL FAMILLE

courriel :
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'accès à un internet

Je soussigné

responsable légal de l'enfant
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et
 reconnais également avoir pris connaissance du règlement et
 l'approuve dans sa totalité.

Fait à

le

" Lu et Approuvé"

Signature

du/des parent(s)