

## 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 : .....             du Père ou Responsable 1             de la Mère ou Responsable 2

**Père ou Responsable 1**

Autorité Parentale:

 Oui Non

Nom/Prénom : .....

Né le: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à ..... Dept. .... Nationalité : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Adresse .....

Pro. : .....

Revenus : Mensuels : ..... Annuels : ..... Liste Rouge :

Fixe 1 : ..... Fixe 2 : .....  Oui  NonMobile 1 : ..... Mobile 2 : .....  Oui  NonFax. 1 : ..... Fax. 2 : .....  Oui  Non

@Mail : .....

**Mère ou Responsable 2**

Autorité Parentale:

 Oui Non

Nom/Prénom : .....

Né le: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à ..... Dept. .... Nationalité : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Adresse .....

Pro. : .....

Revenus : Mensuels : ..... Annuels : ..... Liste Rouge :

Fixe 1 : ..... Fixe 2 : .....  Oui  NonMobile 1 : ..... Mobile 2 : .....  Oui  NonFax. 1 : ..... Fax. 2 : .....  Oui  Non

@Mail : .....

**Enfant 1**

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 :**

**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 :**