



Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Sexe : .....

Date de naissance : .....

Nom du Père: .....	Nom de la Mère: .....	
Prénom du Père: .....	Prénom de la Mère: .....	
Adresse : .....	Ville : .....	
Tél. Domicile : .....	Email : .....	
Tél. Portable père: .....	Tél. Portable mère: .....	
Tél. Professionnel père: .....	Tél. Professionnel mère: .....	
Employeur du père: .....	Employeur de la mère: .....	
Profession du père: .....	Profession de la mère: .....	
Régime : .....	N° Alloc : .....	Quotient : .....

Assurance: .....	N° Contrat : .....	Début : .....	Fin : .....
------------------	--------------------	---------------	-------------

Médecin traitant : .....

Autorisation d'intervention médicale : .....

Lieu d'hospitalisation : .....

Autorisation de photographier ou de Filmer : .....

Autorisation de rentrer seul : .....

Autorisation de transport en véhicule: .....

Type de repas : .....	Allergie alimentaire: .....
-----------------------	-----------------------------

Observations : .....

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Nous tenons à vous informer que les caisses d'allocations familiales de Loire Atlantique et de Vendée mettent à notre disposition un service par internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires pour le calcul du quotient familial afin de déterminer le tarif (copie de l'avis d'imposition). A défaut, vous réglerez l'inscription au tarif maximum.

Je soussigné(e) ..... déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à ..... , le : ..... / ..... / .....

Signature