

**FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2019/2020**

Nom, Prénom de l'enfant :

Adresse du domicile principal : .....CP..... Commune :.....

Sexe: M  F  Né(e) le ...../...../..... A .....

Ecole : Ville : Classe : Enseignant :

**RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT**

**Parents de l'enfant :**  mariés  séparés\*  divorcés\*  concubinage (\* joindre l'extrait du jugement)

**Parents seul :**  veuf(ve)  célibataire

	Parents : père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> QUOTIENT FAMILIAL : .....	Parents : père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> QUOTIENT FAMILIAL : .....	Tuteur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres liens : ..... Représentant légal : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Joindre la décision de justice désignant le tuteur QUOTIENT FAMILIAL : .....
Nom, Prénom :			
Adresse du domicile : CP/ Commune :			
Téléphone principal : <b>A joindre en cas d'urgence :</b>	..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse Mail @ en MAJUSCULE : chiffre zéro : Ø			
Profession : Employeur : Téléphone :	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
PRINCIPAL PAYEUR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME SOCIAL :	<input type="checkbox"/> REGIME GENERAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES : .....	<input type="checkbox"/> REGIME GENERAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES : .....	<input type="checkbox"/> REGIME GENERAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES : .....
Numéro de sécurité sociale :			
ALLOCATAIRE CAF :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N°allocataire : <input type="checkbox"/> CAF 54 <input type="checkbox"/> CAF 57 <input type="checkbox"/> AUTRE : .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N°allocataire : <input type="checkbox"/> CAF 54 <input type="checkbox"/> CAF 57 <input type="checkbox"/> AUTRE : .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N°allocataire : <input type="checkbox"/> CAF 54 <input type="checkbox"/> CAF 57 <input type="checkbox"/> AUTRE : .....

@Adresse mail : envoi des factures, planning mensuel, communication...

<b>ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :</b>	Nom de la compagnie :	Numéro de contrat :
--	-----------------------	---------------------

**PERSONNES AUTORISEES**

En cas d'empêchement j'autorise les personnes majeures ci-dessous à récupérer mon enfant à l'ACM :

Nom, Prénom			
Adresse du domicile CP/ Commune			
Téléphone principal <b>A défaut à joindre en cas d'urgence :</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Fait à , le

Noms et signatures des responsables légaux :