



FIGHE ADMINISTRATIVE

NOM →Prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : _____ scolarisé à _____ (école) _____ (classe)

NOM-Prénom du Père: _____

Profession: _____ Employeur: _____

Lieu (ville) : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone Professionnel : _____

NOM-Prénom de la Mère : _____

Profession: _____ Employeur: _____

Lieu (ville) : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone Professionnel : _____

- Assurance en responsabilité civile de l'enfant :Organisme: _____ N° Contrat : _____

- Votre famille est sous le régime social: **Général:** OUI - NON / **MSA:** OUI - NON /**AUTRE:** OUI - NON

- Votre N° Allocataire est le: _____ Autorisation de consulter votre quotient-familial : OUI - NON

- Percevez-vous l'Allocation Enfant Handicapé (AEH) pour cet enfant ? OUI - NON

Si oui pour quel handicap ? _____

Adresse de la famille : _____

Téléphone de la maison : _____ Adresse Email : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant : (si personne interdite nous l'indiquer également) : _____

Inscription effectuée à _____ le _____

Signature: _____

