

- Place réservée
- Liste d'attente
- Réponse négative

STRUCTURE MULTI ACCUEIL " Aux Petits Pieds du Marais"

FICHE FAMILLE

	Parent 1	Parent 2
Nom		
Prénom		
Responsable légal	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Tuteur		
Adresse		
Tél portable		
Tél domicile		
Tél professionnel		
Mail		
Situation familiale	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Pacsé(e) <input type="radio"/> Concubin (e) <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf (ve)	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Pacsé(e) <input type="radio"/> Concubin (e) <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf (ve)
Profession		
Catégorie socio-professionnelle	<input type="radio"/> Agriculteur <input type="radio"/> Artisan <input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Salarié <input type="radio"/> Fonctionnaire <input type="radio"/> Cadre <input type="radio"/> Technicien <input type="radio"/> Etudiant <input type="radio"/> Commerçant <input type="radio"/> Libéral <input type="radio"/> Chômeur <input type="radio"/> Sans emploi	<input type="radio"/> Agriculteur <input type="radio"/> Artisan <input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Salarié <input type="radio"/> Fonctionnaire <input type="radio"/> Cadre <input type="radio"/> Technicien <input type="radio"/> Etudiant <input type="radio"/> Commerçant <input type="radio"/> Libéral <input type="radio"/> Chômeur <input type="radio"/> Sans emploi
Employeur		
Régime protection sociale	<input type="radio"/> Régime général <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> Autres.....	<input type="radio"/> Régime général <input type="radio"/> MSA <input type="radio"/> Autres.....
N° Allocataire CAF/MSA		
Carte de loisirs	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
N° Sécurité Sociale		
Nombre d'enfants à charge		

ENFANT	
Nom de l'enfant	
Prénom	
Date (prévue de naissance)	
Date d'accueil souhaitée	
Nom de l'allocataire	
N° Allocataire	
(CAF/MSA couvrant l'enfant)	
Santé	
(Allergie, maladie, autres,,)	

ACCUEIL SOUHAITE		
Compléter les jours d'accueil et les horaires hebdomadaires		
lundi	deh.....	àh
Mardi	deh.....	àh
Mercredi	deh.....	àh
Jeudi	deh.....	àh
Vendredi	deh.....	àh

Fait à, le

Signature des parents
(mention "lu et approuvé")