

Fiche Individuelle

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____ Sexe : _____ Nationalité : _____
Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge	
Portable : _____	Email : _____

Généralités											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td>Régime</td></tr> <tr><td>Régime allocataire : _____</td></tr> <tr><td>Allocataire : _____</td></tr> <tr><td>N° Allocataire : _____</td></tr> <tr><td>CAF : _____</td></tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td>Situation financière</td></tr> <tr><td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td></tr> <tr><td>Nb de parts : _____</td></tr> <tr><td>Quotient familial : _____</td></tr> <tr><td>Date d'effet : _____</td></tr> </table>	Situation financière	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____	Nb de parts : _____	Quotient familial : _____	Date d'effet : _____
Régime											
Régime allocataire : _____											
Allocataire : _____											
N° Allocataire : _____											
CAF : _____											
Situation financière											
Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____											
Nb de parts : _____											
Quotient familial : _____											
Date d'effet : _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td>Statistiques</td></tr> <tr><td>Catégories Sociaux Prof : _____</td></tr> <tr><td>Quartier : _____</td></tr> <tr><td>Communauté de com. : _____</td></tr> </table>	Statistiques	Catégories Sociaux Prof : _____	Quartier : _____	Communauté de com. : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td>Mémo</td></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> </table>	Mémo					
Statistiques											
Catégories Sociaux Prof : _____											
Quartier : _____											
Communauté de com. : _____											
Mémo											

Généralités							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td>Scolarité</td></tr> <tr><td>Classe : _____</td></tr> <tr><td>Etabl. scolaire : _____</td></tr> <tr><td>Instituteur : _____</td></tr> </table>	Scolarité	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td>Mémo</td></tr> <tr><td style="height: 100px;"></td></tr> </table>	Mémo	
Scolarité							
Classe : _____							
Etabl. scolaire : _____							
Instituteur : _____							
Mémo							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0e0e0;"><td>Repas spéciaux</td></tr> <tr><td style="height: 40px;"></td></tr> </table>	Repas spéciaux						
Repas spéciaux							

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'enfant			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Parents																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: left; padding: 2px;">Parent 1</th> <th style="width: 30%; text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">Parenté : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Civilité : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nom : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Prénom : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Profession : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Employeur : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>	Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: left; padding: 2px;">Parent 2</th> <th style="width: 30%; text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">Parenté : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Civilité : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nom : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Prénom : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Profession : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Employeur : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>	Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____
Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					
Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: left; padding: 2px;">Parent 3</th> <th style="width: 30%; text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">Parenté : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Civilité : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nom : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Prénom : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Profession : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Employeur : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>		Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____										
Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'enfant certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.