

FICHE DE CONTACT

Multi accueil

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ N° d'allocataire : _____

N° de Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : _____

Parent 1 - Responsable légal de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal _____

 _____ Portable : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Adresse de l'employeur

 _____

Parent 2

Nom : _____

Prénom : _____

Si différente du responsable légal:

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal _____

 _____ Portable : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Adresse de l'employeur

 _____

Régime allocataire : CAF MSA Autres
Situation : divorcé(e) marié(e)/Pacsé(e)
 Célibataire vie maritale veuf/ve

Frère et sœur :

Nombre d'enfants à charges : _____ Enfant handicapé : oui non

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

Fait à : _____

Le : _____

Signature du(des) responsable(s) légal(aux):