



SERVICE ENFANCE JEUNESSE

MAIRIE,

rue Amédée Savidan

72120 Saint Calais

Tél : 02.43.35.78.25

Mail: service.enfancestcalais@gmail.com

Dossier Famille à Compléter

Date :

FAMILLE (personne à qui sera adressée la facture)

Mme – Mr NOM :

Prénom :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Liste rouge Tél portable :

@mail :

Situation familiale : Marié(e) PACSÉ(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire

Autre :

ALLOCATIONS FAMILIALES

Nom de l'allocataire :

→ Vous dépendez de la CAF : N° d'allocataire CAF _ _ _ _ _ Quotient :

→ Vous dépendez d'un autre organisme : MSA N° d'allocataire _ _ _ _ _

Autre Préciser.....

Nombre total d'enfants : Nombre d'enfants à charge :

PÈRE ou RESPONSABLE 1

Autorité Parentale : OUI NON

Nom/Prénom :

Né le :/...../..... à Département : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Liste rouge Tél portable :

@mail :

Profession : Employeur :

Adresse professionnel :

Code postal : Ville :

Tél pro. fixe : Liste rouge Tél prof. portable :

MÈRE ou RESPONSABLE 2Autorité Parentale : OUI NON

Nom/Prénom :

Né le :/...../..... à Département : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Liste rouge Tél portable :

@mail :

Profession : Employeur :

Adresse professionnel :

Code postal : Ville :

Tél pro. fixe : Liste rouge Tél prof. portable :

PERSONNES À CONTACTER ET/OU AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

	N° de téléphone
Nourrice :	
-
-
Grands-parents :	
-
-
Autres :	
-
-

ENFANT 1Nom : Nationalité : Sexe : Garçon Fille

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Âge de l'enfant :

Médecin traitant :

Nom / Prénom :.....

Téléphone :

Allergie(s) :**Régime alimentaire :****Antécédents médicaux :****Maladie :****Planning de l'enfant Sur les Temps Scolaire (merci de noter les horaires atypiques)**

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Bus municipal matin <u>Préciser l'arrêt</u>				
Périsco. matin				
Restaurant scolaire				
Périsco. soir				
Bus municipal soir <u>Préciser l'arrêt</u>				

Planning de l'enfant Sur les temps Extra-Scolaire

	Matin	Repas	Après-midi
Les Mercredis Loisirs			
Les petites vacances (inscription à la journée)			
Les grandes vacances (inscription à la journée)			

ENFANT 2Nom : Nationalité : Sexe : Garçon Fille

Prénom(s) :

Date de naissance :/...../..... Âge de l'enfant :

Médecin traitant :

Nom / Prénom :.....

Téléphone :

Allergie(s) :**Régime alimentaire :****Antécédents médicaux :****Maladie :****Planning de l'enfant Sur les temps scolaire (merci de noter les horaires atypiques)**

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Bus municipal matin <i>Préciser l'arrêt</i>				
Périsco. matin				
Restaurant scolaire				
Périsco. soir				
Bus municipal soir <i>Préciser l'arrêt</i>				

Planning de l'enfant Sur les temps Extra-Scolaire

	Matin	Repas	Après-midi
Les Mercredis Loisirs			
Les petites vacances (inscription à la journée)			
Les grandes vacances (inscription à la journée)			