



Dossier Famille à Compléter

Date :

Famille

Civilité : Nom de Famille :

Adresse :

.....

.....

Situation Familiale :

Père ou Responsable 1 :

Mère ou Responsable 2 :

Liste Rouge :

Tél domicile :

Tél domicile :

oui	Non
oui	Non

Tél portable :

Tél portable :

E-Mail (facturation /portail famille) :

.....@

Régime : Nb. Total d'enfants : Nb. d'enfants à charge :

N° allocataire :

Du Père ou Responsable 1

De la Mère ou Responsable 2

Quotient familial (CAF ou MSA) :



PIÈCES À TRANSMETTRE

- Copie du carnet de santé (vaccinations) ou justificatif de vaccinations,
- Attestation quotient familial (CAF ou MSA),
- Copie d'un justificatif de domicile (quittance de loyer, facture énergie, téléphone, de moins de 3 mois),
- Attestation d'assurance responsabilité civile (sur l'année en cours),
- Copie du livret de famille (pages des parents et des enfants),
- Fiche sanitaire de liaison,

EN CAS DE SÉPARATION OU DIVORCE

- Copie du jugement qui désigne le représentant légal de l'enfant.



GUICHET FAMILLE
10 rue de Beauce
41600 LAMOTTE-BEUVRON

tel : 02 34 45 20 04
guichetfamille@lamotte-beuvron.fr

Père ou Responsable 1 **Autorité parentale : oui Non**

Nom/Prénom :

Né le : ___ / ___ / ___ à : Dept. : Nationalité :

Adresse :

.....

Profession : N° Sécurité Sociale :

Adresse Professionnelle :

☎ Tél Professionnel :

Liste Rouge :

☎ Tél domicile:

oui	Non
-----	-----

☎ Tél portable 1 : ☎ Tél portable 2 :

oui	Non
-----	-----

✉ E-Mail :

.....@

Mère ou Responsable 2 **Autorité parentale : oui Non**

Nom/Prénom :

Né le : ___ / ___ / ___ à : Dept. : Nationalité :

Adresse :

.....

Profession : N° Sécurité Sociale :

Adresse Professionnelle :

☎ Tél Professionnel :

Liste Rouge :

☎ Tél domicile:

oui	Non
-----	-----

☎ Tél portable 1 : ☎ Tél portable 2 :

oui	Non
-----	-----

✉ E-Mail :

.....@



GUICHET FAMILLE
10 rue de Beauce
41600 LAMOTTE-BEUVRON

tel : 02 34 45 20 04
guichetfamille@lamotte-beuvron.fr

Enfant 1

Nom :

Prénom :

Sexe : Garçon Fille

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Médecin traitant :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Allergie(s) :

Régime Alimentaire :

Antécédents médicaux :

Maladie :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :



GUICHET FAMILLE
10 rue de Beauce
41600 LAMOTTE-BEUVRON

tel : 02 34 45 20 04
guichetfamille@lamotte-beuvron.fr

Enfant 2

Nom :

Prénom :

Sexe : Garçon Fille

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Médecin traitant :

Nom/Prénom :

Téléphone :

Allergie(s) :

Régime Alimentaire :

Antécédents médicaux :

Maladie :

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :