

FICHE DE RENSEIGNEMENTS/SANITAIRE 2025

Nom et prénom de l'enfant (en majuscule) : _____

✓ **Identité du responsable légal**

Indiquer en responsable légal 1, le nom du parent auquel éditer la facture

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM _____

PRENOM _____

ADRESSE _____

CODE _____

POSTAL _____

VILLE _____

TELEPHONE ____/____/____/____/____/____

TELEPHONE PRO ____/____/____/____/____/____

SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Concubinage	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Concubinage
	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)
	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Pacsé(e)

ADRESSE MAIL _____

✓ **Autres renseignements**

Régime d'Allocation Familiale :

Quotient familial :

CAF MSA Ain-Rhône

MSA Ardèche-Drôme-Loire

✓ **Identification de l'enfant**

NOM _____ Date de naissance : ____/____/____

PRENOM _____ Age : _____

SEXE Fille Garçon

✓ **Personne à prévenir en cas d'urgence (autres que les parents)**

NOM : _____ Téléphone : _____ Portable : _____

✓ **Personne autorisée à récupérer l'enfant ou non autorisée (Si NON, merci de l'écrire en rouge)**

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant, **autorise :**

OUI NON un tiers à venir chercher mon enfant .

NOM ET PRENOM

Portable

_____ ____/____/____/____/____

_____ ____/____/____/____/____

