

FICHE FAMILLE

Année 2016

Responsable légale :

Nom Prénom :

Qualité :

Situation familiale :

Adresse :

Tel dom :

Tel port :

Email :

Profession :

Adresse employeur :

Tel professionnel :

Allocataire : CAF / MSA

Régime : Général / Agricole / Hors régime général

N° Allocataire :

Quotient Familial :

(fournir justificatif)

Conjoint :

Nom Prénom :

Qualité :

Situation familiale :

Adresse (si différente) :

Tel dom :

Tel port :

Email :

Profession :

Adresse employeur :

Tel professionnel :

Enfant :

Nom Prénom :

Sexe : Fille / Garçon

Date de naissance :

Assurance :

N° d'assurance :

Autorisations : Autorisation de sport

Autorisation de prise de photo

Autorisation à partir seul

Autorisation de sortie car

Porte des lunettes

Porte un appareil dentaire

Porte un appareil auditif

Accord d'hospitalisation

Accord de nager sans brassard

Vaccinations : fournir photocopie des vaccins à jours

Pratique alimentaire particulière :

Allergies : Asthme

Alimentaires

Médicamenteuses

Autres

Observation :

Contre-indication :

Nom du docteur référent :

Adresse :

Tel :

Signature :

Enfant :

Nom Prénom : Sexe : Fille / Garçon Date de naissance :

Assurance : N° d'assurance :

Autorisations : Autorisation de sport Autorisation de prise de photo Autorisation à partir seul
 Autorisation de sortie car Porte des lunettes Porte un appareil dentaire
 Porte un appareil auditif Accord d'hospitalisation Accord de nager sans brassard

Vaccinations : fournir photocopie des vaccins à jours

Pratique alimentaire particulière :

Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

Observation :

Contre-indication :

Nom du docteur référent :

Adresse :

Tel :

Enfant :

Nom Prénom : Sexe : Fille / Garçon Date de naissance :

Assurance : N° d'assurance :

Autorisations : Autorisation de sport Autorisation de prise de photo Autorisation à partir seul
 Autorisation de sortie car Porte des lunettes Porte un appareil dentaire
 Porte un appareil auditif Accord d'hospitalisation Accord de nager sans brassard

Vaccinations : fournir photocopie des vaccins à jours

Pratique alimentaire particulière :

Allergies : Asthme Alimentaires Médicamenteuses Autres

Observation :

Contre-indication :

Nom du docteur référent :

Adresse :

Tel :