

FICHE FAMILLE

Famille	
Civilité : Famille	Téléphone :
Adresse :	Sur liste rouge : <input type="checkbox"/>
	E-mail :

Généralités											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Régime</td> <td style="background-color: #cccccc;">Situation financière</td> </tr> <tr> <td>Régime :</td> <td>Nb enfants à charge : Nb enfants total :</td> </tr> <tr> <td>Allocataire :</td> <td>Nombre de parts :</td> </tr> <tr> <td>N°Allocataire :</td> <td>Quotient familial :</td> </tr> <tr> <td>Caisse :</td> <td>Date effet :</td> </tr> </table>	Régime	Situation financière	Régime :	Nb enfants à charge : Nb enfants total :	Allocataire :	Nombre de parts :	N°Allocataire :	Quotient familial :	Caisse :	Date effet :	
Régime	Situation financière										
Régime :	Nb enfants à charge : Nb enfants total :										
Allocataire :	Nombre de parts :										
N°Allocataire :	Quotient familial :										
Caisse :	Date effet :										
Divers	Remarques :										
Catégories Socio Prof :											
Quartier :											
Communauté de com :											

Parents																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Parent 1</td> <td style="background-color: #cccccc;">Parent 2</td> </tr> <tr> <td>Civilité :</td> <td>Civilité :</td> </tr> <tr> <td>Nom :</td> <td>Nom :</td> </tr> <tr> <td>Prénom :</td> <td>Prénom :</td> </tr> <tr> <td>Employeur :</td> <td>Employeur :</td> </tr> <tr> <td>Profession :</td> <td>Profession :</td> </tr> <tr> <td>Téléphone :</td> <td>Téléphone :</td> </tr> <tr> <td>Postable : Poste :</td> <td>Postable : Poste :</td> </tr> <tr> <td>Situation familiale :</td> <td>Situation familiale :</td> </tr> </table>	Parent 1	Parent 2	Civilité :	Civilité :	Nom :	Nom :	Prénom :	Prénom :	Employeur :	Employeur :	Profession :	Profession :	Téléphone :	Téléphone :	Postable : Poste :	Postable : Poste :	Situation familiale :	Situation familiale :	
Parent 1	Parent 2																		
Civilité :	Civilité :																		
Nom :	Nom :																		
Prénom :	Prénom :																		
Employeur :	Employeur :																		
Profession :	Profession :																		
Téléphone :	Téléphone :																		
Postable : Poste :	Postable : Poste :																		
Situation familiale :	Situation familiale :																		

Composition familiale				
Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Age

Détail des champs libres

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations
 J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations médicales

Fait le
 Fait le

Signature