

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2026-2027

Nom, Prénom de l'enfant :

Adresse du domicile principal :CP..... Commune :.....

Sexe: M F Né(e) le/...../..... A

Ecole : Ville : Classe : Enseignant :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Parents de l'enfant : mariés pacés concubinage divorcés* séparés* (*merci de joindre l'extrait du jugement)

Parent seul : célibataire veuf(ve)

	Parents : père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale :oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> QUOTIENT FAMILIAL :.....	Parents : père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> Autorité parentale :oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> QUOTIENT FAMILIAL :.....	Tuteur <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres liens :..... Représentant légal :oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Joindre la décision de justice désignant le tuteur QUOTIENT FAMILIAL :.....
Nom, Prénom :			
Adresse du domicile : CP/ Commune :			
Téléphone principal : A joindre en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse Mail @ en MAJUSCULE : chiffre zéro : Ø	@	@	@
Profession : Employeur : Téléphone :
PRINCIPAL PAYEUR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REGIME SOCIAL : Numéro de sécurité sociale :	<input type="checkbox"/> REGIME GENERAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES :.....	<input type="checkbox"/> REGIME GENERAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES :.....	<input type="checkbox"/> REGIME GENERAL <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRES :.....
ALLOCATAIRE CAF :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N°allocataire : <input type="checkbox"/> CAF 54 <input type="checkbox"/> CAF 57 <input type="checkbox"/> AUTRE :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N°allocataire : <input type="checkbox"/> CAF 54 <input type="checkbox"/> CAF 57 <input type="checkbox"/> AUTRE :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N°allocataire : <input type="checkbox"/> CAF 54 <input type="checkbox"/> CAF 57 <input type="checkbox"/> AUTRE :

@Adresse mail : envoi des factures, planning mensuel, communication...

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE :	Nom de la compagnie :	Numéro de contrat :
--	-----------------------	---------------------

PERSONNES AUTORISEES

En cas d'empêchement j'autorise les personnes majeures ci-dessous à récupérer mon enfant à l'ACM :

Nom, Prénom			
Adresse du domicile CP/ Commune			
Téléphone principal A défaut à joindre en cas d'urgence :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Fait à , le

Noms et signatures des responsables légaux :