

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom/prénom du responsable légal :
Adresse du Centre payeur :
Numéro CAF Allocataire (1) :
Numéro M.S.A. (régime agricole) :

Profession du père :
Profession de la mère :

Assurance Responsabilité Civile (1) :
Cie :
N° de Police :

(1) fournir des photocopies au moment de l'inscription

MODALITES DE PAIEMENT

Nombre de journées x (Tarif) =
Suppléments (autres) : =

COUÏ TOTAL

Déduction bons CAF : -
Déductions (autres) : -

RESTE

Mode de règlement Date :

Chèque ou CCP Espèces

Fiche Sanitaire

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Tél. Dom : Tél. Travail :

Tél. Portable : Email :

En cas d'urgence, prévenir :

Tél :

Médecin traitant :

Tel :

Vaccinations

Date DTP : Rappel :

Date B.C.G. : Rappel :

Autres : Rappel :

L'enfant suit-il actuellement un traitement oui non

Si oui, lequel :

Poids de l'enfant :

Indiquez ci-dessous les éventuels problèmes de santé rencontrés par l'enfant :

.....
.....
.....