

| <b>ENFANT BENEFICIAIRE</b>  |   |
|---|---|
| Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  |   |
| <b>PERSONNE DETENANT L'AUTORITE PARENTALE 1</b>   | <b>PERSONNE DETENANT L'AUTORITE PARENTALE 2</b>   |
| Nom / Prénom : .....<br>.....<br>Date de naissance : __/__/____<br>N° sécurité sociale : .....<br>Email : _____@_____<br>Adresse : .....<br>.....<br><u>N° téléphone :</u><br>Domicile : __/__/__/__/__<br>Mobile personnel : __/__/__/__/__<br>Téléphone Professionnel : __/__/__/__/__<br>Mobile Professionnel : __/__/__/__/__ | Nom / Prénom : .....<br>.....<br>Date de naissance : __/__/____<br>N° sécurité sociale : .....<br>Email : _____@_____<br>Adresse : .....<br>.....<br><u>N° téléphone :</u><br>Domicile : __/__/__/__/__<br>Mobile personnel : __/__/__/__/__<br>Téléphone Professionnel : __/__/__/__/__<br>Mobile Professionnel : __/__/__/__/__ |
| <b>PROFESSION</b>   | <b>PROFESSION</b>   |
| .....<br><br>INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR<br>Nom : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>Code Postal : __ __ __ Ville : .....   | .....<br><br>INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR<br>Nom : .....<br>Adresse : .....<br>.....<br>Code Postal : __ __ __ Ville : .....   |
| <b>INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES</b>   | <b>INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES</b>   |
| Nombre d'enfants à charge : .....<br>Régime d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> .....<br>N° allocataire : .....<br><br><b>Conjoint :</b><br>Nom/Prénom : .....<br>Tél. : .....  | Nombre d'enfants à charge : .....<br>Régime d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> .....<br>N° allocataire : .....<br><br><b>Conjoint :</b><br>Nom/Prénom : .....<br>Tél. : .....  |
| Pour le régime d'allocation, l'enfant est rattaché (e) à <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre : .....   |   |
| <b>SITUATION FAMILIALE</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Parent seul   |   |
| <i>En cas de séparation, si garde alternée ou attribuée à l'un des 2 parents,<br/>joindre une copie du jugement. Sans quoi, l'enfant sera rendu au parent se présentant.</i>  |   |
| <b>ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ENFANT</b>   |   |
| L'enfant est domicilié chez : .....<br>Adresse : .....<br>Code Postal : __ __ __ Ville : .....<br><br><u>Préciser l'adresse de facturation si celle-ci est différente de celle du foyer :</u><br>.....  |   |
| <b>ENFANTS DU FOYER</b>   |   |
| Nom / Prénom : ..... Date de naissance : .....  |   |
| Nom / Prénom : ..... Date de naissance : .....  |   |
| Nom / Prénom : ..... Date de naissance : .....  |   |
| Nom / Prénom : ..... Date de naissance : .....  |   |
| Nom / Prénom : ..... Date de naissance : .....  |   |
| Nom / Prénom : ..... Date de naissance : .....  |   |

