



## Fiche Individuelle

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____
	Sexe : _____
	Nationalité : _____
Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge	
Portable : _____	Email : _____

Généralités														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Régime</th> </tr> <tr> <td>Régime allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>N° Allocataire : _____</td> </tr> <tr> <td>CAF : _____</td> </tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Situation financière</th> </tr> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td> </tr> <tr> <td>Nb de parts : _____</td> </tr> <tr> <td>Quotient familial : _____</td> </tr> <tr> <td>Date d'effet : _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Mémo</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Autres régimes</td> </tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	Situation financière	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____	Nb de parts : _____	Quotient familial : _____	Date d'effet : _____	Mémo	Autres régimes	
Régime														
Régime allocataire : _____														
Allocataire : _____														
N° Allocataire : _____														
CAF : _____														
Situation financière														
Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____														
Nb de parts : _____														
Quotient familial : _____														
Date d'effet : _____														
Mémo														
Autres régimes														

Généralités										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Scolarité</th> </tr> <tr> <td>Classe : _____</td> </tr> <tr> <td>Etabl. scolaire : _____</td> </tr> <tr> <td>Instituteur : _____</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Repas spéciaux</th> </tr> <tr> <td style="height: 50px;"></td> </tr> </table>	Scolarité	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	Repas spéciaux		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Mémo</th> </tr> <tr> <td>Renseignements utiles à porter à notre connaissance</td> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	Mémo	Renseignements utiles à porter à notre connaissance	
Scolarité										
Classe : _____										
Etabl. scolaire : _____										
Instituteur : _____										
Repas spéciaux										
Mémo										
Renseignements utiles à porter à notre connaissance										

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'individu			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____

Parents																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Parent 1</th> <th style="text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Employeur : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>	Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Parent 2</th> <th style="text-align: right; padding: 2px;">Responsable légal <input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Parenté : _____</td></tr> <tr><td>Civilité : _____</td></tr> <tr><td>Nom : _____</td></tr> <tr><td>Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Profession : _____</td></tr> <tr><td>Employeur : _____</td></tr> <tr><td>Téléphone : _____ Poste : _____</td></tr> <tr><td>Portable : _____</td></tr> </tbody> </table>	Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____
Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					
Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					
<input type="checkbox"/>																					

**Je (Nous) soussigné(s), ..... responsable(s) légal(aux) de l'individu certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.**