

# ANNÉE 2024-2025 FICHE FAMILLE



Cadre Réservé à l'administration
Date de Saisie :
N° Dossier Famille :



Date de la demande : Nouveaux Habitants à Louviers:  oui  non

Date de rentrée à l'école :  Rentrée Septembre 2024  Autre Date :

RESPONSABLES LÉGAUX		PARENT 1 (ou Tuteur)	PARENT 2 (ou Tuteur)
	Nom et Prénom		
	Nom de Jeune Fille		
	Date + lieu de Naissance		
	Adresse /Code Postal / Ville		
	Téléphone Domicile		
	Téléphone Portable		
	Email		
	Profession		
	Employeur		
	Téléphone Professionnel		

SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Famille d'Accueil <input type="checkbox"/> Tuteur
	<b>En cas de séparation OU de divorce Ou autre, préciser:</b> => <b>Autorité Parentale</b> <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Au tuteur
	=> <b>Résidence Principale</b> <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Chez le tuteur
	=> <b>Justificatifs à fournir</b> <input type="checkbox"/> Décision de justice (jugement) <input type="checkbox"/> Autorisation conjointe d'accord d'inscription de l'enfant

En cas de recomposition familiale, indiquer le nom du partenaire ci-dessous:	
Nom - Prénom :	Profession :
Téléphone Portable :	Employeur :

INTERFACE	- Acceptez-vous de recevoir vos factures par courriel (mail) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
	- Souhaitez-vous payer vos factures par prélèvement automatique ? (joindre un RIB) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>
	<b>Organismes Sociaux</b>
	Régime : <input type="checkbox"/> Général (CAF)* <input type="checkbox"/> Agricole (MSA)* <input type="checkbox"/> Autre .....
Numéro Allocataire ( <b>obligatoire</b> ):	
Autorise les personnes agréées à consulter le dossier <b>CAFPRO</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</span>	

*\*joindre obligatoirement le justificatif*

ENFANTS DANS LE FOYER	Nom	Prénom	Date de Naissance

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à ..... Le.....

Signature : Parent 1 Parent 2