

ANNÉE 2026-2027

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 2026 ☐ 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
	En cas de séparation OU de divorce Ou autre, préciser:
	=> Autorité Parentale <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Au tuteur
	=> Résidence Principale <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Chez le tuteur
	=> Justificatifs à fournir <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) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	- Souhaitez-vous payer vos factures par prélèvement automatique ? (joindre un RIB) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Organismes Sociaux
	Régime : <input type="checkbox"/> Général (CAF)* <input type="checkbox"/> Agricole (MSA)* <input type="checkbox"/> Autre Numéro Allocataire (obligatoire): Autorise les personnes agréées à consulter le dossier CAFPRO <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**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