

COMMUNE DE LUMIGNY NESLES ORMEAUX

Service Enfance

33, rue du Grand Marronnier
77540 LUMIGNY NESLES ORMEAUX

01 64 42 90 84

accueil-loisirs@mairie-lno.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ET SANITAIRE DU SERVICE ENFANCE**

Année scolaire 2019/2020

ELEVE

NOM : Prénom : Sexe : M F
 Né le :/...../..... Lieu de naissance (commune et numéro de département) :
 Adresse de résidence de l'enfant :

Classe et école en **2019/2020** :

FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE

Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux. Parents séparés ou divorcés, fournir obligatoirement une photocopie de l'extrait de jugement.

	Père	Mère	Autre : conjoint(e)
NOM			
Prénom			
Nom de jeune fille			
Adresse			
Code Postal			
Ville			
Domicile			
Portable	06-	06-	06-
Profession	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Autre
Métier			
N° Allocataire CAF Obligatoire			
Régime S.S obligatoire	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre (précisez).....	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre (précisez).....	
Travail			
Situation de famille	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé	<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> décédée	
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
EMAIL Obligatoire et lisible			
En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil, □)	Nom et prénom : ☎ : Adresse : Organisme : Personne référente :		

AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (*une personne sur la commune, merci)

NOM			
Prénom			
Lien de parenté			
Tél. (obligatoire)			

