

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> <th style="background-color: #e0f2f1;">Régime</th> </tr> <tr> <td>Régime allocataire : _____ Allocataire : _____ N° Allocataire : _____ CAF : _____</td> </tr> </table>	Régime	Régime allocataire : _____ Allocataire : _____ N° Allocataire : _____ CAF : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">Situation financière</th> </tr> <tr> <td>Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____ Nb de parts : _____ Quotient familial : _____ Date d'effet : _____</td> </tr> </table>	Situation financière	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____ Nb de parts : _____ Quotient familial : _____ Date d'effet : _____
Régime					
Régime allocataire : _____ Allocataire : _____ N° Allocataire : _____ CAF : _____					
Situation financière					
Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____ Nb de parts : _____ Quotient familial : _____ Date d'effet : _____					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">Statistiques</th> </tr> <tr> <td>Catégories Sociaux Prof : _____ Quartier : _____ Communauté de com. : _____</td> </tr> </table>	Statistiques	Catégories Sociaux Prof : _____ Quartier : _____ Communauté de com. : _____	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">Mémo</th> </tr> <tr> <td style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	Mémo	
Statistiques					
Catégories Sociaux Prof : _____ Quartier : _____ Communauté de com. : _____					
Mémo					

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

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

Fiche Individuelle

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 : _____																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th style="text-align: left; padding: 2px;">Parent 3</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 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____	Civilité : _____	Nom : _____	Prénom : _____	Profession : _____	Employeur : _____	Téléphone : _____ Poste : _____	Portable : _____										
Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>																				
Parenté : _____																					
Civilité : _____																					
Nom : _____																					
Prénom : _____																					
Profession : _____																					
Employeur : _____																					
Téléphone : _____ Poste : _____																					
Portable : _____																					

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