



FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2024-2025 (valable jusqu'au 31 août 2025)

Père :

Investi de l'autorité parentale oui non

NOM Prénom :

Adresse complète :

.....

☎ Domicile :

☎ Portable :

Adresse Mail@ :

Profession :

Employeur :

Adresse :

.....

☎ Travail :

Mère :

Investie de l'autorité parentale oui non

NOM Prénom :

Adresse complète :

.....

☎ Domicile :

☎ Portable :

Adresse Mail@ :

Profession :

Employeur :

Adresse :

.....

☎ Travail :

Le Tuteur ou la famille d'accueil

NOM et Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Profession :

Employeur :

☎ Domicile :

☎ Portable :

Adresse Mail@ :

Adresse complète de facturation :

.....

.....

Situation familiale : Marié (e) Veuf (ve) Divorcé (e) Séparé (e) Célibataire Union libre Pacsé

En cas de jugement de garde, merci de préciser le type de garde (copie du jugement obligatoire)

Garde alternée Garde exclusive Veuillez préciser : Père Mère

N° allocataire C.A.F. complet :

Quotient familial :

Autorise

N'autorise pas

La ville de Saint Julien les Villas à recueillir auprès de ma CAF, les informations suivantes me concernant : mes ressources N-2, mon Quotient Familial N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiaire de l'AEEH afin de calculer le tarif horaire applicable dans le cadre de l'accueil de mon ou de mes enfants au sein de la structure

ENFANTS A CHARGE				
NOM	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Sexe
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure, et m'engager à le respecter.

A le.....

Signature(s) du ou des représentants légaux