

Année scolaire :

ENFANT

NOM PRENOMS

DATE DE NAISSANCE LIEU DEPT

SEXE Féminin Masculin Date DTP

REGIME ALIMENTAIRE : Sans contre-indication Végétarien Observations :

Allergie(s) à spécifier obligatoirement sur la fiche sanitaire et PAI à mettre en place

RÉGIME ALLOCATAIRE

C.A.F. Haute-Marne N°

M.S.A. N°

Autre N°

ECOLE FREQUENTEE

.....

CLASSE

.....

A partir du :

DEROGATION OUI NON

Ecole souhaitée :

PERSONNE RESPONSABLE N° 1 (Payeur)

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) divorcé(e) séparé(e) vie maritale veuf(ve)

Autorité parentale : OUI NON

NOM DE JEUNE FILLE NOM

PRENOMS DATE DE NAISSANCE

LIEU DEPT

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

 Domicile  Portable

Email

Profession Employeur

 Employeur

PERSONNE RESPONSABLE N° 2

Situation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) divorcé(e) séparé(e) vie maritale veuf(ve)

Autorité parentale : OUI NON

NOM DE JEUNE FILLE NOM

PRENOMS DATE DE NAISSANCE

LIEU DEPT


ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

 Domicile  Portable

Email

Profession Employeur

 Employeur

Fait à Langres, le

Signature