

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

S.I.R.S. LA CHAPELLE AUX POTS / HODENC EN BRAY



CANTINE



Adresse mail du foyer pour l'envoi des informations :

@

• COMPOSITION DE LA FAMILLE :

Nb total d'enfants :

Nb d'enfants à charge :

foyer recomposé : oui/non

	Noms-Prénoms	Né(e) le		Noms-Prénoms	Né(e) le
1			4		
2			5		
3			6		

• COMPOSITION DU FOYER FISCAL

REPRESENTANT LEGAL 1 (Personne qui sera redevable de la facturation)

Lien de parenté : Père - Mère -Tuteur - Autre :

 A la charge de l'enfant

Nom – Prénom :

(Nom de jeune fille) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

 Portable : Domicile : Travail :

Situation familiale : Marié(e) – Concubin(e) – Divorcé(e) – Séparé(e) – personne seule – Pacsé(e)- Autre :

N° allocataire : _____ N° Sécu :

Régime : CAF MSA AUTRE :

Profession :

Employeur :

Adresse :

CONJOINT DU REPRESENTANT 1

Lien de parenté : Père - Mère – Tuteur – conjoint -Autre :

 A la charge de l'enfant

Nom – Prénom :

(Nom de jeune fille) :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

 Portable : Domicile : Travail :

N° allocataire : _____ N° Sécu :

Régime : CAF MSA AUTRE :

Profession :

Employeur :

Adresse :

REPRESENTANT LEGAL 2 (En cas de séparation ou divorce)

Lien de parenté : Père - Mère – Tuteur – conjoint- Autre : **A la charge de l'enfant**

Nom – Prénom : (Nom de jeune fille) :

Date et lieu de naissance :

 Portable :

 Domicile :

 Travail :

Adresse :

Situation familiale : Marié(e) – Concubin(e) – Divorcé(e) – Séparé(e) – personne seule – Pacsé(e)- Autre :

N° allocataire : _____ **N° Sécu :** _____

Régime : CAF MSA AUTRE :

Adresse mail du foyer pour l'envoi des informations : _____ @ _____ .

Profession :

Employeur :

Adresse :

• INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Allocations familiales : oui / non Caisse d'appartenance :

Numéro de matricule :

(Une recherche des ressources sur le site CAFPRO pourra être nécessaire pour calculer votre participation horaire) **j'autorise à consulter mes ressources**

NOM Assurance :

N° de police :

NOM Mutuelle :

N° adhérent :

Sécurité social & assimilés : CPAM - MSA - MGEN - autre :

REMARQUES :

Je me dois d'informer et signaler tout changement (N° de téléphone, adresse, situation...) auprès de la responsable de la structure au cours de l'année et sur le site BL ENFANCE

« Lu et approuvé » le :

Signature du Père, mère ou tuteur légal

Les dossiers incomplets ne seront pas réceptionnés