



Nous vous remercions de remplir ce questionnaire avec attention, ceci dans l'intérêt de votre enfant. Toute information restera confidentielle.

**NOM DE L'ENFANT** ..... **Prénom** .....

Date de naissance ..... Sexe .....

Nombre de frère (s) ..... sœur (s) .....

**NOM GROUPE SCOLAIRE :**

<b>Maternelle</b>	<input type="checkbox"/> Bellevue	<input type="checkbox"/> Marronniers	<input type="checkbox"/> Moines	<input type="checkbox"/> Dolto	<input type="checkbox"/> Autre	<b>Classe</b>
<b>Primaire</b>	<input type="checkbox"/> Tilleuls	<input type="checkbox"/> Marronniers	<input type="checkbox"/> Moines	<input type="checkbox"/> Dolto	<input type="checkbox"/> Autre	<b>Classe</b>
<b>Collège</b>	<input type="checkbox"/> Allinges	<input type="checkbox"/> Autre				<b>Classe</b>
<b>Lycée</b>	<input type="checkbox"/> Léonard de Vinci		<input type="checkbox"/> Autre			<b>Classe</b>

**Personne(s) responsable(s) légalement de l'enfant**

Père et Mère     Père seul     Mère seule     Tuteur

**Situation familiale**

Marié(e)  Veuf(ve)  Célibataire  Divorcé(e)  Séparé(e)  Vie maritale  Pacsé(e)

**NOM et prénom du chef de famille (où réside l'enfant)**

.....  
Profession ..... Entreprise .....  
Ville ..... Tél. Administratif.....

**NOM et prénom de l'autre parent**

Profession ..... Entreprise .....  
Ville ..... Tél. Administratif .....

**NOM et prénom du conjoint actuel (si pas le parent)**

**ADRESSE de facturation** .....

**Cidex** .....

**Adresse E-Mail** .....

**N° de téléphone où l'on peut vous joindre en cas d'urgence :**

Maison ..... Travail : père ..... mère .....

Nourrice ..... Portable : père ..... mère .....

**Numéro Allocataire de la CAF : N°** ..... **Quotient familial :** .....

**Nom, adresse et n° téléphone de la Compagnie d'Assurance Responsabilité Civile**

.....**N° de police** .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations données.

Date ..... Lu et approuvé (écriture manuscrite)    Signature :