

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 :

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

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 :