

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

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



CANTINE



**Les dossiers incomplets ne seront pas réceptionnés**

• **COMPOSITION DE LA FAMILLE :**

Nb total d'enfants :

Nb d'enfants à charge :

	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 :

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

N° allocataire : N° Sécu : Régime : CAF  MSA  AUTRE :

Adresse :

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

Portable :  Domicile :  Travail :

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 :

N° allocataire : N° Sécu : Régime : CAF  MSA  AUTRE :

Adresse :

Portable :  Domicile :  Travail :

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 :

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

N° allocataire : \_\_\_\_\_ N° Sécu : \_\_\_\_\_ Régime : CAF  MSA  AUTRE :

Adresse :

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

📠 Portable :

📠 Domicile :

📠 Travail :

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)

**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.**

« Lu et approuvé » le :

Signature du Père, mère ou tuteur légal.