

## Fiche Famille

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

Civilité : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Sur liste rouge : \*\*

E-mail : \_\_\_\_\_

### Généralités

#### Régime

Régime : \_\_\_\_\_

Allocataire : \_\_\_\_\_

N° Allocataire : \_\_\_\_\_

Caisse : \_\_\_\_\_

#### Situation financière

Nb enfants à charge : \_\_\_\_\_ Nb enfants total : \_\_\_\_\_

Nb de parts : \_\_\_\_\_

Quotient familial : \_\_\_\_\_

Date d'effet : \_\_\_\_\_

#### Divers

Catégories Socio Prof : \_\_\_\_\_

Quartier : \_\_\_\_\_

Communauté de com. : \_\_\_\_\_

#### Remarques

### Revenu

Liste revenus	Coef.	Montant adulte 1	Coef.	Montant adulte 2	Total annuel

Revenu mensuel total : \_\_\_\_\_

## Fiche Famille

### Parents

#### Parent 1

Civilité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adresse employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ \*\* Liste rouge  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : \_\_\_\_\_  
Remarque : \_\_\_\_\_

#### Parent 2

Civilité : \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Employeur : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Portable : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Adresse employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ \*\* Liste rouge  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Situation familiale : \_\_\_\_\_  
Remarque : \_\_\_\_\_

*Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'engage à le respecter.*

*J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations personnelles.*

*J'autorise / Je n'autorise pas : la structure à saisir mes informations médicales.*

*Fait le :*

*Signature*