

Fiche Individuelle

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____	Né(e) le : _____
Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge	Sexe : _____
Portable : _____	Nationalité : _____
Email : _____	

Généralités											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="padding: 5px;">Régime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;">Régime allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">N° Allocataire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">CAF : _____</td></tr> </tbody> </table>	Régime	Régime allocataire : _____	Allocataire : _____	N° Allocataire : _____	CAF : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="padding: 5px;">Situation financière</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;">Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Nb de parts : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Quotient familial : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Date d'effet : _____</td></tr> </tbody> </table>	Situation financière	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____	Nb de parts : _____	Quotient familial : _____	Date d'effet : _____
Régime											
Régime allocataire : _____											
Allocataire : _____											
N° Allocataire : _____											
CAF : _____											
Situation financière											
Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____											
Nb de parts : _____											
Quotient familial : _____											
Date d'effet : _____											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="padding: 5px;">Statistiques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;">Catégories Sociaux Prof : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Quartier : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Communauté de com. : _____</td></tr> </tbody> </table>	Statistiques	Catégories Sociaux Prof : _____	Quartier : _____	Communauté de com. : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="padding: 5px;">Mémo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 100px;"></td></tr> </tbody> </table>	Mémo					
Statistiques											
Catégories Sociaux Prof : _____											
Quartier : _____											
Communauté de com. : _____											
Mémo											

Généralités							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="padding: 5px;">Scolarité</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 5px;">Classe : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Etabl. scolaire : _____</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">Instituteur : _____</td></tr> </tbody> </table>	Scolarité	Classe : _____	Etabl. scolaire : _____	Instituteur : _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="padding: 5px;">Mémo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 100px;"></td></tr> </tbody> </table>	Mémo	
Scolarité							
Classe : _____							
Etabl. scolaire : _____							
Instituteur : _____							
Mémo							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="padding: 5px;">Repas spéciaux</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 100px;"></td></tr> </tbody> </table>	Repas spéciaux						
Repas spéciaux							

Personnes autorisées ou interdites à récupérer l'Individus			
Interdit	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____ _____

Parents

Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté :	_____
Civilité :	_____
Nom :	_____
Prénom :	_____
Profession :	_____
Employeur :	_____
Téléphone :	_____ Poste : _____
Portable :	_____

Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté :	_____
Civilité :	_____
Nom :	_____
Prénom :	_____
Profession :	_____
Employeur :	_____
Téléphone :	_____ Poste : _____
Portable :	_____

Parent 3	Responsable légal <input type="checkbox"/>
Parenté :	_____
Civilité :	_____
Nom :	_____
Prénom :	_____
Profession :	_____
Employeur :	_____
Téléphone :	_____ Poste : _____
Portable :	_____

Je (Nous) soussigné(s), responsable(s) légal(aux) de l'Individus certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche.