

(Ce document est à remplir obligatoirement par le(s) responsable(s)  
légal(aux) de l'enfant - (1) Joindre photocopie merci)

• **Nom du responsable (Père/Mère) :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Tél. portable :**

**@ :**

• **Nom du responsable (Père/Mère) :**

**Prénom :**

**Adresse :**

**Tél. portable :**

**@ :**

• **Vos prestations Sociales et Familiales (1)**

**Quotient Familial (1) :**

**N° allocataire :**

CAF Ardèche  CAF Drôme  MSA  Autres :

• **Nom de l'enfant :**

**Prénom :**

Fille

Garçon

**Né(e) le :**

• **Nom de l'enfant :**

**Prénom :**

Fille

Garçon

**Né(e) le :**

• **Nom de l'enfant :**

**Prénom :**

Fille

Garçon

**Né(e) le :**

• **Nom de l'enfant :**

**Prénom :**

Fille

Garçon

**Né(e) le :**

**Médecin traitant :**

**Numéro de téléphone :**