

**COMMUNE DE LUMIGNY NESLES ORMEAUX**

**Service Enfance**

33, rue du Grand Marronnier  
77540 LUMIGNY NESLES ORMEAUX

01 64 42 90 84

accueilloisirs.lno@orange.fr

Site : www.mairie-lumignyno.fr

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS  
ET SANITAIRE DU SERVICE ENFANCE**

**Année scolaire 2018/2019**

**ELEVE**

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F

Né le : ...../...../..... Lieu de naissance (commune et numéro de département) : .....

Adresse de résidence de l'enfant :

Classe et école en **2018/2019** :

**FAMILLE DE L'ENFANT / NUMEROS D'URGENCE**

*Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux. Parents séparés ou divorcés, fournir obligatoirement une photocopie de l'extrait de jugement.*

	Père	Mère	Autre : conjoint(e)
<b>NOM</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Nom de jeune fille</b>			
<b>Adresse</b>			
<b>Code Postal</b>			
<b>Ville</b>			
<b>Domicile</b>			
<b>Portable</b>	<b>06-</b>	<b>06-</b>	<b>06-</b>
<b>Profession</b>	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Commerçant <input type="checkbox"/> Artisan <input type="checkbox"/> Autre
<b>Métier</b>			
<b>N° Allocataire CAF</b>			
<b>Régime S.S obligatoire</b>	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre (précisez).....	<input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> MGEN <input type="checkbox"/> Autre (précisez).....	
<b>Travail</b>			
<b>Situation de famille</b>	<input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> décédé	<input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> décédée	
<b>Autorité parentale</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>email de la famille</b> Obligatoire et lisible			
<b>En cas de placement chez un tiers (famille d'accueil, □)</b>	Nom et prénom : ..... ☎ : ..... Adresse : ..... Organisme : ..... Personne référente : .....		

**AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (\*une personne sur la commune obligatoire, merci)**

<b>NOM</b>				
<b>Prénom</b>				
<b>Lien de parenté</b>				
<b>Tél. (obligatoire)</b>				

