

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – SITUATION FAMILIALE

MÈRE				
NOM :		PRÉNOM :		
ADRESSE :		VILLE :		
CODE POSTAL :		TÉLÉPHONE :		
ÉTAT CIVIL				
<input type="checkbox"/> MARIÉ		<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE		<input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT
<input type="checkbox"/> VEUF(VE)		<input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E)		<input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E)
NOMBRE D'ENFANTS				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SI CONJOINT DE FAIT :				
NOM :		PRÉNOM :		
DATE DE COHABITATION :				
MODALITÉ DE LA GARDE				
<input type="checkbox"/> Garde partagée 50/50		<input type="checkbox"/> Fin de semaine aux deux semaines		<input type="checkbox"/> Garde complète <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
<input type="checkbox"/> Autre :				
PENSION ALIMENTAIRE				
Recevez-vous une pension alimentaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, quel montant?				
ASSURANCES				
AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE QUI COUVRE UNE PARTIE DES FRAIS PROFESSIONNELS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, spécifiez :				

PÈRE				
NOM :		PRÉNOM :		
ADRESSE :		VILLE :		
CODE POSTAL :		TÉLÉPHONE :		
ÉTAT CIVIL				
<input type="checkbox"/> MARIÉ		<input type="checkbox"/> CÉLIBATAIRE		<input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT
<input type="checkbox"/> VEUF(VE)		<input type="checkbox"/> SÉPARÉ(E)		<input type="checkbox"/> DIVORCÉ(E)
NOMBRE D'ENFANTS				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
SI CONJOINT DE FAIT :				
NOM :		PRÉNOM :		
DATE DE COHABITATION :				
MODALITÉ DE LA GARDE				
<input type="checkbox"/> Garde partagée 50/50		<input type="checkbox"/> Fin de semaine aux deux semaines		<input type="checkbox"/> Garde complète <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père
<input type="checkbox"/> Autre :				
PENSION ALIMENTAIRE				
Recevez-vous une pension alimentaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, quel montant?				
ASSURANCES				
AVEZ-VOUS UNE ASSURANCE QUI COUVRE UNE PARTIE DES FRAIS PROFESSIONNELS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, spécifiez :				

Note importante :

Les avis de cotisation des conjoint(e)s seront demandés afin d'analyser de la demande.

Signature de la mère

Date

Signature du père

Date