

Pour une meilleure lisibilité, merci de compléter ce document en lettres MAJUSCULES.

Classe de: _____



PHOTO
A
COLLER
ICI

L'ENFANT:		
NOM: _____	PRENOM: _____	SEXE: F / M
Né(e) le: ____ / ____ / ____	à: _____	Pays: _____
Nationalité: _____		
Adresse: _____	CP: _____	Ville _____

Restauration scolaire: OUI / NON	Garderie: OUI / NON
Ecole (ou Institution) fréquentée l'année précédente: _____	
Adresse: _____	CP: _____ Ville _____
Téléphone: _____	

Organisme social du PÈRE [] ou de la MERE [] dont dépend l'enfant: CCSS [] SPME [] CAMTI-CARTI [] AUTRE []
Numéro immatriculation:
Nom de la Mutuelle:
Responsabilité civile: OUI / NON

LE PÈRE:	LA MÈRE:
Situation familiale: Célibataire - marié - divorcé - séparé - union libre - remarié	Situation familiale: Célibataire - marié - divorcé - séparé - union libre - remarié
NOM: _____	NOM: _____
Prénom: _____	Nom d'usage: _____
Nationalité: _____	Prénom: _____
Adresse: _____	Nationalité: _____
CP: _____	Adresse: _____
Ville: _____	CP: _____
Téléphone: _____	Ville: _____
Mail: _____	Téléphone: _____
Organisme social: _____	Mail: _____
Numéro immatriculation: _____	Organisme social: _____
Vie Professionnelle	Numéro immatriculation: _____
Profession: _____	Vie Professionnelle
Employeur: _____	Profession: _____
Adresse: _____	Employeur: _____
CP: _____	Adresse: _____
Ville: _____	CP: _____
Téléphone: _____	Ville: _____
	Téléphone: _____

Monaco le ____ / ____ / 2024 .

Signature du Père:

Signature de la Mère:

Signature du responsable légal:

Numéro immatriculation: _____

Nom de la Mutuelle: _____

Responsabilité civile: OUI / NON