



Maison de l'enfance Prémol
 BP 2622
 9, rue Henri Duhame l
 38036 Grenoble CEDEX 2
 Tél: 04 76 40 23 08
 Fax: 04 76 33 39 28

FICHE FAMILIALE

(Document confidentiel)

MERE : NOM : Prénom :

Adresse :

Portable : Travail :

Adresse mail : @

PERE : NOM : Prénom :

Adresse (si différente de la mère) :

Portable : Travail :

Adresse mail : @

Personne, autre que les parents, autorisés (Nom, téléphone et lien de parenté) :

.....

• SITUATION DE FAMILLE :

Marié(e) / Pacsé(e) Vie maritale Célibataire Divorcé(e) / Séparé(e) Veuf(ve)

• RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

N° Sécurité Sociale (*auquel l'enfant est rattaché*) :

Allocataire CAF N° Non allocataire CAF

ENFANT 1 : NOM : Prénom : Né(e) le :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Classe :

• REGIME ALIMENTAIRE :

Aucun Végétarien Sans poisson Sans porc PAI.....

• SANTE : Vaccin.....

Asthme Allergies (préciser)

Votre enfant est-il complètement propre ? OUI NON

Si non précisez :

• ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE :

AVS Orthophoniste Pédopsychiatre CMP Psychomotricien.ne

ENFANT 2 : NOM : Prénom : Né(e) le :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Classe :

• **REGIME ALIMENTAIRE :**

Aucun Végétarien Sans poisson Sans porc PAI.....

• **SANTE :** Vaccin.....

Asthme Allergies (préciser)

Votre enfant est-il complètement propre ? OUI NON

Si non précisez :

• **ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE :**

AVS Orthophoniste Pédopsychiatre CMP Psychomotricien.ne

ENFANT 3 : NOM : Prénom : Né(e) le :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Classe :

• **REGIME ALIMENTAIRE :**

Aucun Végétarien Sans poisson Sans porc PAI.....

• **SANTE :** Vaccin.....

Asthme Allergies (préciser)

Votre enfant est-il complètement propre ? OUI NON

Si non précisez :

• **ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE :**

AVS Orthophoniste Pédopsychiatre CMP Psychomotricien.ne

ENFANT 4 : NOM : Prénom : Né(e) le :

Sexe : Fille Garçon

Ecole : Classe :

• **REGIME ALIMENTAIRE :**

Aucun Végétarien Sans poisson Sans porc PAI.....

• **SANTE :** Vaccin.....

Asthme Allergies (préciser)

Votre enfant est-il complètement propre ? OUI NON

Si non précisez :

• **ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE :**

AVS Orthophoniste Pédopsychiatre CMP Psychomotricien.ne

S'il y a besoin d'un accompagnement particulier merci de nous le signaler et de prendre rendez-vous avec le responsable de secteur pour un accueil personnalisé. **Le :** **Signature :**