

<b>J</b> .....	<b>F</b> .....
Réserve Centre social	

**Association loi 1901 - Tél : 05 61 50 74 97**  
[lefoyer.auvergne@laposte.net](mailto:lefoyer.auvergne@laposte.net)  
[www.centresocialauvergne.fr](http://www.centresocialauvergne.fr)

IDENTITE DE L'ENFANT	
NOM :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Né(e) le :	A :
Nationalité :	Sexe :
Tél. mobile du jeune :	Adresse email :
Classe :	Etablissement fréquenté :

IDENTITE DU PERE (ou Responsable légal)	IDENTITE DE LA MERE (ou Responsable légal)
NOM - Prénom	NOM - Prénom
Adresse :	Adresse :
C P Ville :	C P Ville :
Mobile	Mobile
Tél. :	Tél. :
Adresse email :	Adresse email :
Profession du père :	Profession de la mère :
Nombre de garçons dans la famille :	Nombre de filles dans la famille :
Age(s) :	Classe(s) :
Combien de membres de la famille adhérent au C.S. :	
Adultes	Enfants

Numéro d'Allocataire CAF :
Quotient Familial CAF :

Régime d'Assurance Maladie	
<input type="checkbox"/> CPAM Régime Général	<input type="checkbox"/> CMU
Autres :	

Statut des parents ou du représentant légal	
<input type="checkbox"/>	Etudiant
<input type="checkbox"/>	Salarié temps plein
<input type="checkbox"/>	Salarié temps partiel
<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi
<input type="checkbox"/>	Retraité
<input type="checkbox"/>	Congé Maternité / Parental
<input type="checkbox"/>	Autres :

Type d'allocations perçues	
<input type="checkbox"/>	ASS (Allocation Spécifique de Solidarité)
<input type="checkbox"/>	Minimum Vieillesse
<input type="checkbox"/>	AAH (Allocation Adulte Handicapé)
<input type="checkbox"/>	RSA
<input type="checkbox"/>	Autres :

Fait à .....

Le .....

Signature