

**VOLET 1**  
**A REMPLIR PAR LA FAMILLE**

**Coordonnées**

**NOM - PRENOM de l'enfant** ..... M  F   
 Né(é) le : ..... Lieu : .....  
 Rang dans la fratrie : ..... sur .....  
 Adresse : .....  
 CP/Ville : .....  
 N° ☎ : .....  
 N° Affiliation à la Sécurité sociale de Vendée : .....

*(Joindre l'attestation de l'assurance maladie)*

**Renseignements administratifs**

Situation actuelle (vous avez la possibilité de cocher plusieurs cases)  
 Famille  Famille d'accueil  Foyer ASE (Aide Sociale à l'Enfance)  
 Garde Alternée  Autre

**Parent 1** Nom de Famille ..... Autorité parentale : Oui  Non   
 Nom de naissance : ..... Prénom : ..... M  F   
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Commune : .....  
 Profession : ..... Employeur : .....  
 Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....  
 @ : .....

**Parent 2** Nom de Famille ..... Autorité parentale : Oui  Non   
 Nom de naissance : ..... Prénom : ..... M  F   
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Commune : .....  
 Profession : ..... Employeur : .....  
 Tél domicile : ..... Tél portable : ..... Tél travail : .....  
 @ : .....

**Autre responsable légal** (personne physique  ou morale ) Autorité parentale : Oui  Non   
 Organisme : ..... Nom Prénom : ..... M  F   
 Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Commune : .....  
 Profession : ..... Employeur : .....  
 Tél 1 : ..... Tél 2 : .....  
 @ : .....

\* Information facultative

**Accompagnement actuel**

- Libéral : .....
- CMPP (Lequel) : .....
- CMP (Lequel) : .....
- Autre (A préciser) : .....

**Socialisation**

- Non scolarisé ou scolarisation à domicile
- Etablissement Accueil Enfants (centre de loisirs,...)

Votre enfant a-t-il un dossier en attente d'une notification MDPH ?  
 Si oui n° du dossier : .....

