

MJC CENTRE SOCIAL NOMADE  
8 RUE DE NORVEGE  
54500 VANDOEUVRE-LES-NANCY  
Tél. : 03 83 53 18 27  
contact@mjc-nomade.fr

Famille .....

Famille :                      Parentale                       Monoparentale                       Recomposée                       Accueil

**PARENTS DE L'ENFANT**

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom, Prénom :		
Adresse du domicile :		
Tél. Domicile/Portable :		
Courriel :		
N° Sécurité sociale :		

N° Allocataire C.A.F. : .....  
C.A.F. d'appartenance :    CAF 54     Autre C.A.F. ....

**NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS**

	Rep. légal 1	Rep. légal 2
Nom employeur :		
Adresse de l'employeur :		
Téléphone Travail :		

**COMPOSITION DE LA FAMILLE**

Nom/Prénom	Classe	Ecole	Régime alimentaire

**Médecin traitant** Nom : ..... Téléphone .....  
Adresse : .....

Fait à ....., le ..... Signature :