

NOM  
DDN

PRENOM  
IDENTIFIANT

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS - ENVIRONNEMENT FAMILIAL**

	MERE	PÈRE		
Nom ( <i>mère = nom jeune fille</i> )				
Prénom				
Date de Naissance				
Pays d'origine				
Parents en couple (saisir 1 chiffre)	0 oui mariés/PACS 1 oui concubin/sans PACS 2 mère isolée			
Nb d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance :				
Commentaire fratrie				
Adresse ( <i>si même adresse, saisir une fois</i> )				
Téléphone fixe				
Téléphone portable				
Email				
Adresse des grands-parents				
Niveau d'étude (saisir 1 chiffre)	1 école primaire 2 secondaire 3 niveau BAC 4 enseignement sup			
Activité professionnelle	1 actif 2 retraité 3 au foyer 4 chômeur 5 élève étudiant en formation 6 autre inactif			
	<i>de la mère</i>	<i>du père</i>		
Profession ( <i>en clair</i> )				
Code profession (saisir un chiffre)	1 agriculture exploitant 2 artisan commerçant chef entreprise 3 cadre profession intellectuelle sup 4 profession intermédiaire 5 employé 6 Ouvrier			
Congé parental envisagé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<b>Prise en charge/allocations</b> <i>merci d'indiquer oui ou non pour chaque item à renseigner</i>				
Assuré(e) social(e)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	MERE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	PÈRE
CMU	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Mutuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
RSA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
AAH	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
AJPP demandée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
AEEH demandée par le père et/ou la mère pour l'enfant			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
ALD/100% demandée pour l'enfant			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Médecin référent Médecin traitant Médecin PMI Puéricultrice PMI	NOM - PRENOM	ADRESSE TELEPHONE		