



FICHE INDIVIDUELLE RÉSIDENT

INFORMATION RÉSIDENT

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| NOM | <input type="text"/> | PRENOM | <input type="text"/> |
| NOM DE NAISSANCE | <input type="text"/> | | |
| ADRESSE | <input type="text"/> | | |
| CODE POSTAL | <input type="text"/> | VILLE | <input type="text"/> |
| PAYS | <input type="text"/> | | |
| N°SÉCURITÉ SOCIALE (avec clé) | <input type="text"/> | | |
| DATE DE NAISSANCE | <input type="text"/> | LIEU DE NAISSANCE | <input type="text"/> |
| | | NATIONALITÉ | <input type="text"/> |

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

| | | | |
|-----------|----------------------|--------|----------------------|
| TELEPHONE | <input type="text"/> | MOBILE | <input type="text"/> |
| @ MAIL | <input type="text"/> | | |

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

| | | | |
|-----------|----------------------|--------|----------------------|
| NOM | <input type="text"/> | PRENOM | <input type="text"/> |
| TELEPHONE | <input type="text"/> | | |

INDICATION PARTICULIERES

| | |
|--|----------------------|
| REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER | <input type="text"/> |
| ALLERGIES | <input type="text"/> |
| AUTRE INFORMATIONS QUE VOUS SOUHAITEZ NOUS TRANSMETTRE | <input type="text"/> |