

**ETAT CIVIL**

M.  Mme

NOM ----- NOM DE JEUNE FILLE -----

PRENOM ----- NATIONALITE -----

DATE ET LIEU DE NAISSANCE -----

DEPARTEMENT DE NAISSANCE ----- PAYS DE NAISSANCE -----

N° DE SECURITE SOCIALE -----

**SITUATION FAMILIALE**

CELIBATAIRE  VEUF(VE)  MARIE(E)  PACSE(E)  DIVORCE(E)  UNION LIBRE

NOM et PRENOM du CONJOINT -----

NOM et PRENOM des ENFANTS : ----- DATE de NAISSANCE : -----

----- DATE de NAISSANCE : -----

----- DATE de NAISSANCE : -----

Votre conjoint perçoit-il le supplément familial de traitement ? OUI  NON

*(fournir une attestation de l'employeur)*

**NOTE : Le supplément familial de traitement ne peut être perçu que par un seul des deux conjoints s'ils sont tous deux agents de l'état ou des collectivités locales.**

**ADRESSE PERSONNELLE PERMANENTE**

N° - RUE -----

VILLE ----- CODE POSTAL -----

TELEPHONE (fixe et/ou portable) -----

MAIL -----

**ADRESSE PARENTALE  
(à préciser en l'absence d'adresse personnelle)**

N° - RUE -----

VILLE ----- CODE POSTAL -----

TELEPHONE (fixe et/ou portable) -----

MAIL -----

**HEBERGEMENT (Précisez l'option retenue)**

LOGE(E) ET NOURRI(E)

NOURRI(E) simplement

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent document et m'engage à prévenir l'administration de tout changement susceptible de modifier ma situation.**

Fait à CHOLET, le

SIGNATURE