

FICHE FAMILLE

RESPONSABLES DU FOYER

<input type="checkbox"/> PARENT 1* ou <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e)** ou séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuvage <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire Nom : Prénom : Adresse : CP : Ville : <input type="checkbox"/> Adresse de facturation* ☎ : Port. : Profession : Employeur : ☎ : Adresse :	<input type="checkbox"/> PARENT 2* ou <input type="checkbox"/> Représentant légal <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e)** ou séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuvage <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire Nom : Prénom : Adresse : CP : Ville : <input type="checkbox"/> Adresse de facturation* ☎ : Port. : Profession : Employeur : ☎ : Adresse :
--	--

** par défaut, le parent 1 est la personne qui recevra les courriers et s'acquittera des factures
**joindre une copie du jugement*

Je souhaite recevoir les informations liées aux accueils de loisirs à l'adresse mail suivante :

@ _____

LES ENFANTS

1^{er} enfant : NOM _____	Prénom _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
2^{ème} enfant : NOM _____	Prénom _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
3^{ème} enfant : NOM _____	Prénom _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille
4^{ème} enfant : NOM _____	Prénom _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille

ASSURANCES

Nom et numéro du contrat d'assurance de l'enfant (Responsabilité civile et individuelle Accident) ou extra-scolaire

Nom	Numéro de contrat
-----	-------------------

CAISSE DE RATTACHEMENT

N° de sécurité sociale (resp. légal 1) :

Responsable du dossier CAF : NOM _____ Prénom : _____

CAF n° allocataire :ou une copie de l'attestation de quotient familial.

Autorise N'autorise pas,

les tiers intervenant dans le domaine social à accéder à mon dossier d'allocataire afin d'établir une facturation adaptée au quotient familial. *En cas de séparation, il est nécessaire de fournir le numéro d'allocataire du parent qui a la garde de l'enfant.*

Nous vous rappelons que par convention avec la CAF, ce numéro permet au service administratif de consulter les déclarations de ressources des parents grâce à un accès réservé et confidentiel (CAFpartenaires).

MSA - n° Allocataire : (fournir votre attestation de quotient familial)

Autres (préciser) : (fournir votre attestation de quotient familial)

CONDITIONS PARTICULIERES OBLIGATOIRES

- 1) J'inscris et j'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités proposées par les organisateurs des ACM péri et/ou extrascolaires,
- 2) Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident survenant avant ou après la prise en charge,
- 3) J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures médicales en cas d'urgence,
- 4) Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en accepter les conditions,
- 5) Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et je m'engage à signaler par écrit toute modification importante (vaccin, changement d'adresse, de numéro de téléphone...) dans les plus brefs délais.

Je soussigné(e),....., responsable légal du mineur ou des mineurs, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

ANNEE	ANNEE	ANNEE	ANNEE
Date et signature :	Date et signature :	Date et signature :	Date et signature :