

ENFANTS (merci d'indiquer uniquement les enfants nés d'une même union)

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Né.e le :	<input type="text"/>	Classe :	<input type="text"/>
					à la rentrée		
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Né.e le :	<input type="text"/>	Classe :	<input type="text"/>
					à la rentrée		
Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>	Né.e le :	<input type="text"/>	Classe :	<input type="text"/>

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale Mariés Vie maritale Séparés / Divorcés Veuf / Veuve
 Parent 1 Autorité parentale OUI NON Parent 2 Autorité parentale OUI NON

<input type="text"/>	NOM et Prénom	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TELEPHONE PERSONNEL	<input type="text"/>
<input type="text"/>	PROFESSION	<input type="text"/>
<input type="text"/>	EMPLOYEUR	<input type="text"/>
<input type="text"/>	TELEPHONE PROFESIONNEL	<input type="text"/>
<input type="text"/>	COURRIEL	<input type="text"/>
<input type="text"/>	ADRESSE POSTALE DOMICILE	<input type="text"/>
<input type="text"/>	CODE POSTAL et VILLE	<input type="text"/>

CONTACT DE FACTURATION

COURRIEL :

COUVERTURE SOCIALE

CAF MSA Autre
 Nom Allocataire :
 N° Allocataire :
 Allocataire enfant handicapé : Oui non

J'autorise la consultation et la conservation des données me concernant issues de CAFPRO (consultation des données allocataires). Sans cette autorisation, la facturation se fera au plafond.

ASSURANCES

RESPONSABILITE CIVILE ET OU RESPONSABILITE INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS

Parent 1	Nom de la compagnie d'assurance	Parent 2
<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>	N° de contrat	<input type="text"/>

PERSONNES AUTORISEES à RECUPERER VOTRE ENFANT(S) (HORS RESPONSABLES LÉGAUX)

NOM et prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM et prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM et prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOM et prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS

Souhaitez-vous nous faire part d'un élément concernant votre enfant (port de lunettes, lentilles, allergies...)

OUI NON

Précisez :

Je reconnais en signant ce document :

- Avoir pris connaissance des règlements intérieurs afin d'avoir toutes les informations nécessaires (horaires, tarifs, fonctionnement, ...) et respecter les conditions de celui-ci
- Autorise les responsables de la structure à prendre toutes les mesures d'urgence en cas d'accident
- Certifie que notre enfant est couvert par une assurance "responsabilités civile" hors temps scolaire
- Autorise notre enfant à participer aux activités extérieures du centre de loisirs et ainsi à utiliser les services de transport adapté pour se rendre du lieu d'accueil aux sites concernés
- Prenons acte que dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées par la Structure, des photos des enfants peuvent être utilisées (journaux locaux, WhatsApp, etc...). Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant notre refus.
- Régler les prestations relatives aux présences de mes enfants

Fait à :

Le :

Signature :

Documents à fournir :

- Dossier Famille
- Attestation de l'organisme de sécurité sociale ou MSA
- Attestation d'assurance responsabilité civile hors temps scolaire
- Attestation du quotient familial CAF ou MSA
- Copie des pages de vaccinations à jour du carnet de santé
- Le PAI signé à fournir obligatoirement ainsi que les prescriptions et médicaments (ordonnances)
- Les prescriptions et médicaments en cas d'allergies (ordonnance)

