

FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL 1 (payeur)	RESPONSABLE LEGAL 2 (solidaire)
Nom:	Nom:
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse ⁽¹⁾ :
Commune déléguée :	Commune déléguée ⁽¹⁾ :
CP - Ville :	CP - Ville ⁽¹⁾ :
Adresse mail :	Adresse mail ⁽¹⁾ :
Tél domicile :	Tél domicile ⁽¹⁾ :
Tél portable :	Tél portable :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :

⁽¹⁾ à remplir si différent

SITUATION FAMILIALE

- Marié, vie maritale, pacsé Divorcé, séparé Célibataire Veuf
↳ En cas de divorce : garde alternée : Oui Non (voir fiche inscription)

RÉGIME ALLOCATAIRE

- CAF de Maine et Loire Autre CAF MSA Maine et Loire Autre MSA

N° allocataire :

Quotient familial :

⇒ Pour les allocataires **CAF** : selon notre convention CAFPRO, nous pouvons consulter votre QF. En cas de refus, merci de nous adresser un courrier et un justificatif de votre QF à chaque nouvelle inscription.

⇒ Pour les allocataires **MSA**, joindre un justificatif de votre QF.

COMPOSITION DE LA FAMILLE Merci d'indiquer les enfants scolarisés jusqu'à l'entrée au collège

	Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				

AUTRES PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom-Prénom	Téléphone	Lien avec l'Enfant

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE en cas d'absence des parents

À noter dans l'ordre de priorité	Personne 1	Personne 2	Personne 3
Nom-Prénom			
Téléphone			

ENFANTS UTILISATEURS DES SERVICES

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
Nom				
Prénom				
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Bénéficiaire de l'AEH (Allocation Enfant Handicapé)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX				
Médecin traitant				
Téléphone				
Mutuelle n° Contrat mutuelle				
Allergie alimentaire ou contre indication <u>Si oui précisez :</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres allergies <u>Si oui précisez :</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres problèmes de santé éventuels (si votre enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de le préciser)				
Les vaccinations de mon enfant sont à jour	Fournir obligatoirement une photocopie de tous les vaccins pour chaque enfant			
AUTORISATIONS				
Autorise la diffusion de l'image de mon (mes) enfant(s) mineur(s) prise lors des manifestations, stages, ateliers, animations sur les différents support de communication de l'organisateur (plaquettes, Internet, Facebook, presse, panneaux photos, etc...) * en application de l'article 9 du code civil : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
En cas d'urgence, nous autorisons les organisateurs à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin et prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'il(s) reçoive(nt) les soins appropriés.				

Selon la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, (vous pouvez consulter le texte de loi en suivant ce lien) : <https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>

J'autorise la structure à saisir mes informations personnelles.

Oui Non

J'autorise la structure à saisir mes informations médicales.

Oui Non

*En cochant la case **NON** dans les demandes d'autorisation, votre ou vos enfants ne pourront participer à aucune activité.*

Fait à

Le

Signature

Après avoir rempli ce document, merci de l'enregistrer sur votre ordinateur afin de l'imprimer pour le signer et le remettre au responsable de la structure accueillant votre (vos) enfant(s)

Cette fiche ne peut-être modifiée que par vos soins. Vos informations étant confidentielles, les organisateurs de structures différentes ne pourront se communiquer cette fiche : cette démarche ne peut être effectuée que par vous-même.