

- Demande  
 Inscription


Date-----

Nom et Prénom de l'enfant -----Date de naissance-----

**1-Responsable légal 1**    **BENEFICIAIRE CAF**    personne qui recevra les factures


NOM-----Prénom-----

Adresse-----

 domicile ----/----/----/----/----/

) Portable ----/----/----/----/----/


Adresse courriel : -----

Employeur ----- Professionnel-----

**1-Responsable légal 2**



NOM-----Prénom-----

Adresse-----

 domicile ----/----/----/----/----/

) Portable ----/----/----/----/----/

Adresse courriel : -----

Employeur ----- Professionnel-----


**Si il y a garde alternée COCHEZ ci-après  il faudra donc remplir deux profils (un pour le papa, un pour la maman, ainsi chaque parent aura sa facture).**

**(Tout changement de situation ou de téléphone doit être immédiatement signalé)**

**ASSURANCE**

Organisme-----N° adhérent-----

Adresse-----

 ----/----/----/----/----/

**QUOTIENT FAMILIAL**

Je suis allocataire CAF

J'autorise les services municipaux à consulter CAFPRO ( en septembre et janvier) afin d'obtenir mon quotient familial N° allocataire -----

Je n'autorise pas les services municipaux à consulter CAFPRO, je fournis mon dernier avis d'imposition (en septembre)

Je suis non allocataire CAF ( MSA et autres caisses), je fournis mon dernier avis d'imposition

Je ne souhaite pas communiquer mes revenus : je serai soumis au barème de la tranche 5

## FICHE SANITAIRE

Médecin traitant -----

☎ ----/----/----/----/

L'enfant suit- il un traitement médical ?

oui  non

L'enfant bénéficie- t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé)

oui  non

### Allergies ou pathologies connues

Asthme  oui  non

Médicamenteuse \*  oui  non

Alimentaire\*  oui  non

Autres \*  oui  non

\*(si oui) précisez.....

Aucun médicament ne sera délivré pendant l'accueil, contactez la responsable en cas de mise en place d'un PAI

Vaccinations obligatoires -fournir la photocopie du carnet de santé-

DT-polio : date-----

---

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné (e), M-----agissant en qualité ----- déclare avoir lu et accepter le contenu des règlements intérieurs.

J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées et à effectuer, dans le cadre de celles-ci, des sorties et des déplacements à l'extérieur de la structure selon le mode de transport choisi par l'organisateur.

En cas d'accident, j'autorise la Directrice à prendre toutes mesures d'urgence y compris un transfert en milieu hospitalier.

### Prise de photos ou films

J'autorise les animateurs à photographier ou filmer mon enfant pendant des activités et à utiliser l'image dans le cadre interne (expo, livret....)

Je ne souhaite pas que mon enfant soit filmé ou photographié

---

## DEPART DE L'ENFANT

J'autorise le personnel à confier mon enfant aux personnes citées ci-dessous

- 4 personnes maxi-

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	téléphone

A saint Genies, le-----

Signature