

- 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