

# FICHE FAMILLE

Date de 1<sup>ère</sup> inscription :

ENFANTS pour lesquels une inscription est demandée	
Nom et Prénom	Date de naissance

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	<b>adulte 1</b> <i>responsable du dossier et destinataire de la facture</i>	<b>adulte 2</b>	<b>autres: membre de la famille, famille d'accueil...</b>	
<b>NOM</b>				
<b>Prénom</b>				
<b>Lien de parenté</b>				
<b>Situation familiale</b>	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Autre		
<b>Autorité parentale</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Autorisé(e) à récupérer l'enfant</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>adresse de résidence</b>				
<b>adresse de résidence principale de l'enfant</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> garde alternée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> garde alternée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Email de correspondance</b>				
<b>téléphone domicile</b>				
<b>téléphone portable</b>				
<b>téléphone travail</b>				
<b>Allocataire auquel est rattaché l'enfant</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	/	
<b>caisse ou organisme</b>	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE		
<b>N° d'allocataire</b>				
<b>Contrat d'assurances (extra-scolaire ou RC)</b>	<b>Compagnie :</b>	<b>N° de police :</b>		
<b>AUTRES PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT ET A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si différentes des responsables légaux)</b>				
<b>NOM Prénom</b>	<b>QUALITE</b>	<b>TELEPHONE</b>	<b>Autorisé à récupérer l'enfant</b>	<b>A prévenir en cas d'urgence</b>
			<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
			<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

En signant ce document, vous déclarez sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés et certifiez avoir pris connaissance du règlement intérieur, vous engageant ainsi à le respecter.

Fait à :

Le :

Signature :

### Cadre réservé au service :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fiche enfant                         | <input type="checkbox"/> Autorisation de prises de vue                     | <input type="checkbox"/> autres, à préciser : |
| <input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial CAF | <input type="checkbox"/> Avis d'imposition                                 | .....   |
| <input type="checkbox"/> Relevé de prestations familiales     | <input type="checkbox"/> Jugement du tribunal <input type="checkbox"/> PAI | .....   |