

ENFANTS (MERCİ D'INDIQUER UNIQUEMENT LES ENFANTS NÉS D'UNE MÊME UNION)

Nom : Prénom : Né.e le : n° téléphone

Nom : Prénom : Né.e le : n° téléphone

Nom : Prénom : Né.e le : n° téléphone

RESPONSABLES LÉGAUX

Situation familiale Mariés Vie maritale Séparés / Divorcés Veuf / Veuve
Merci de remplir un dossier par parent

Parent 1 Autorité parentale Oui Non **Parent 2** Autorité parentale Oui Non

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone personnel :	Téléphone personnel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Courriel :	Courriel :
Adresse postale domicile :	
Complément d'adresse :	
Code Postal :	Ville :

CONTACT DE FACTURATION

Courriel :

RÉGİME DE COUVERTURE SOCİALE

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

ASSURANCES

RESPONSABILITÉ CIVILE	et/ou	RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS
Nom de la compagnie d'assurance		Nom de la compagnie d'assurance
N° de contrat		N° de contrat

SIGNATURES

Je reconnais en signant ce document :

- avoir pris connaissance du règlement intérieur,
- respecter les conditions de celui-ci,
- avoir pris connaissance de la tarification de l'accueil ados,
- avoir souscrit une assurance valide pour mes enfants, régler les prestations relatives aux présences de mes enfants.

Date : Signature(s) jeune(s) :

Signature
représentant légal :

