

- ACCUEIL PÉRISCOLAIRE/TAP (Préciser le nom de la structure) _____
- CENTRE DE LOISIRS (Préciser le nom de la structure) _____
- 11-14 ANS (Préciser le nom de la structure) _____

A remplir par les parents ou responsables légaux ; à renouveler chaque année scolaire

ENFANT/JEUNE Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Lieu : _____ Sexe : F M

Adresse _____ Bât _____ Apt _____

Quartier : _____ Vivant sous le toit familial : NON OUI

En famille d'accueil : NON OUI Autre : _____

Projet d'accueil individualisé (PAI) : NON OUI mis en place le ____/____/____

Scolarisé : NON OUI Établissement : _____ Enseignant : _____ Classe : _____

Coordonnées du responsable légal à utiliser pour la facturation :

PARENT ou RESP. LEGAL 1 : M^{me} M : _____ Prénom : _____

Adresse _____ Bât _____ Apt _____

Tél : (Domicile) ____/____/____/____ (Travail) ____/____/____/____ (Portable) ____/____/____/____

Adresse mail : _____@_____

J'accepte de recevoir par mail : les factures NON OUI l'actualité des Francas NON OUI

Profession _____ Nom et Adresse de l'employeur : _____

Situation familiale : marié(e) divorcé(e) pacsé(e) en concubinage célibataire séparé(e)

Régime Sécurité Sociale : Général (CAF)/ N° Allocataire CAF _____ Agricole (MSA)

PARENT ou RESP. LEGAL 2 : M^{me} M : _____ Prénom : _____

Adresse _____ Bât _____ Apt _____

Tél : (Domicile) ____/____/____/____ (Travail) ____/____/____/____ (Portable) ____/____/____/____

Profession _____ Nom et Adresse de l'employeur : _____ Situation familiale : marié(e) divorcé(e) pacsé(e) en concubinage célibataire séparé(e)

Régime Sécurité Sociale : Général (CAF)/ N° Allocataire CAF _____ Agricole (MSA)

FRERE(S) ET SŒUR(S) (Nom et prénom)	Sexe	Date de naissance	Situation (classe, école...)

- Mon enfant utilise le transport de ramassage le matin ou le soir NON OUI (service disponible sur certaines communes)
- Mon enfant est autorisé à quitter seul la structure ? NON OUI
- Si oui à partir de ____ h ____ (Une décharge pourra être demandée auprès de la structure d'accueil de votre enfant)

AUTORISATION(S) - Personne(s) habilitée(s) à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
Nom et prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone: ____/____/____/____	<input type="checkbox"/>
Nom et prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone: ____/____/____/____	<input type="checkbox"/>
Nom et prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone: ____/____/____/____	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il une personne de la famille à qui ne jamais remettre l'enfant ? NON OUI (et joindre une photocopie de l'acte du tribunal)

J'autorise la diffusion, sur le site des Francas ou toutes publications de presse, de photos ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant. Celles-ci ne seront pas utilisées à des fins commerciales. NON OUI

Je soussigné, _____, parent de l'enfant, certifie que les renseignements portés sur ce document sont exacts et m'engage à informer les Francas en cas de changement. Je reconnais avoir eu connaissance du règlement Intérieur de la structure d'accueil de mon enfant, et l'accepter.

FAIT LE : ____/____/____ A : _____

SIGNATURE

DOCUMENTS A FOURNIR (photocopies) :

- Attestation d'assurance extrascolaire
- Attestation de droits à l'assurance maladie
- Attestation de quotient CAF ou de paiement des prestations MSA
- Dernier avis d'imposition (si régime agricole ou refus accès CDAP)

A remplir par les Francas

Quotient : _____

* Les informations recueillies sont nécessaires pour l'inscription de votre enfant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.