



FICHE FAMILLE

2022/2023

1- ENFANTS A INSCRIRE

Nom	Prénom	Sexe M/F	date de naissance	classe	Ecole

2- RESPONSABLE LEGAL

NOM : **PRENOM :**

Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf(ve)

N : Rue (ou lieu-dit) :

Code Postal : Ville :

☎ Domicile : ... / ... / ... / ... / ...

☎ Mobile : ... / ... / ... / ... / ...

E-Mail :@.....

Souhaite recevoir les factures par E-Mail : oui non

Lien avec l'enfant :

Nombre d'enfants à charge : **Nombre d'enfants inscrits au centre :**

Compagnie d'assurance de la RC : N° de police d'assurance RC :

Régime : Général MSA Autre : N° Sécurité Sociale :

N°Allocataire : Bons vacances : Oui Non *(si oui photocopie à transmettre)*

3- ETAT CIVIL DES PARENTS

PARENT 1

Nom : Prénom :

Adresse *(si différente du responsable légal)* :
.....
.....

☎ Domicile : ... / ... / ... / ... / ...

☎ Mobile : ... / ... / ... / ... / ...

E-Mail :@.....

Profession :

Nom/adresse employeur :

☎ Travail : ... / ... / ... / ...

PARENT 2

Nom : Prénom :

Adresse *(si différente du responsable légal)* :
.....
.....

☎ Domicile : ... / ... / ... / ... / ...

☎ Mobile : ... / ... / ... / ... / ...

E-Mail :@.....

Profession :

Nom/adresse employeur :

☎ Travail : ... / ... / ... / ...

4- AUTORISATIONS PARENTALES

Le(s) responsable(s) légal(aux)

Autorise les personnes ci-dessous à venir chercher le(s) enfant(s) :

Nom et Prénom	En qualité de	Adresse	N° Téléphone

Le(s) responsable(s) légal(aux) de(s) enfant(s)
ayant pris connaissance des projets éducatif et pédagogique en lien avec le règlement intérieur du centre organisé par l'association Familles Rurales de PLOUGUERNEAU :

(cases à cocher) :

- Accepte que le(s) enfant(s) soi(en)t pris en charge par les animateurs après l'école,
- Autorise le(s) enfant(s) à participer aux différentes activités organisées par le centre,
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre,
- Autorise en cas d'urgence le directeur du centre à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de ces enfants,
- Autorise l'association à faire transporter le(s) enfant(s) pour les besoins des activités de l'accueil : en voiture individuelle (par les responsables de l'association ou par d'autres familles), par des moyens de transports collectifs (cars, bus, trains...)
- Autorise l'association à reproduire des photos de l(es) enfant(s) dans le cadre des activités du centre (site internet, expositions...),
- Autorise les personnes mentionnées à reprendre le (s)enfant(s) à la fin de l'accueil au centre en cas d'impossibilité de sa part,
- S'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,
- S'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'accueil collectif de mineurs,
- S'engage à fournir le certificat médical et/ou le certificat d'aptitudes aquatiques (disponible au centre),
- S'engage à signer l'autorisation de mise en liaison CAF CDAP ci-jointe ou à fournir chaque année l'attestation d'allocations familiales CAF ou MSA ou autre organisme indiquant mon quotient familial.

Je (nous) soussigné(e)(s), Parent 1 – Parent 2 – Représentant légal ⁽¹⁾ atteste(nt) sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous

(1) rayé la mention inutile

Fait à : Le :

Signature(s) : Parent 1 Parent 2 Tuteur