

FAMILLE	NOM	PRENOM
---------	-----	--------

ENFANTS MINEURS composants la famille, y compris famille recomposée

Nom Prénom	date de naissance	sexe	école et classe

enfant porteur de handicap dans la famille (préciser)*

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

	Parent 1	Parent 2
Nom Prénom		
Adresse		
CP et Ville		
Adresse Mail	@	@
N° tél. dom.		
N° tél travail		
Portable		

Je souhaite recevoir mes factures par Email ?	oui	non	E Mail _____@_____
---	-----	-----	--------------------

Pour les situations particulières, apportez les précisions et recommandations nécessaires (gardes alternées, recomposition de la famille, etc.)

--

REGIME

Caisses	CAF	MSA	autres(préciser)
N° allocataire			
Pièces justificatives :	pour les caisses, apporter le dernier relevé de prestation familiale, indiquant votre n° allocataire et votre quotient		apporter le derier avis d'imposition
Quotient ou PSU			



Madame, Monsieur,

Nous vous informons que la Caisse d'Allocations Familiales met à notre disposition un service internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

Bon pour accord

Signature :

Je soussigné, M ou Mme

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications
- Déclare souscrire une assurance en responsabilité civil pour les activités extrascolaires de mes enfants
- Déclare avoir pris connaissance du règlement de la ou des structures fréquentée (s) et m'y conformer.

A Port Saint Père, le

Signature du parent 1 ou tuteur
prédéedée de la mention "lu et approuvé"

Signature du parent 2 ou tuteur
prédéedée de la mention "lu et approuvé"

IMPORTANT : JOINDRE AVEC CE DOSSIER, L'ATTESTATION CAF & UNE ATTESTATION D'ASSURANCE