

**RESPONSABLE (s) FAMILLE**

**Civilité : Madame**  **Monsieur** 
 Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_  
 Email (majuscule): \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Civilité : Madame**  **Monsieur** 
 Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél portable : \_\_\_\_\_  
 Email (majuscule): \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nom et prénoms des enfants vivants sous le même toit :	date naissance
Nom , Prénom	
Nom , Prénom	
Nom , Prénom	
Nom , Prénom	
Nom , Prénom	

Je souhaite recevoir mes factures par mail : Oui  Non   
 Email (majuscule): \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir la Newsletter : Oui  Non

**REGIME**

N° allocataire : \_\_\_\_\_ Quotient familial : \_\_\_\_\_ date d'effet : \_\_\_\_\_  
 Caisse : CAF de Loire Atlantique   
 Autre CAF  *Joindre obligatoirement un justificatif de votre caisse Si non*  
 MSA  *allocataire, la copie de votre dernier avis d'imposition (page*  
 Autre (précisez : ..... )  *1, 2 et 3)*

**PIECES A FOURNIR (si inscription enfant)**

fiche renseignement enfant
  copie des vaccins
  justificatif quotient familial
  Assurance Responsabilité Civile

**REGLEMENT INTERIEUR**

Je déclare avoir reçu en main propre le règlement intérieur et le projet social de la structure et l'accepter dans toutes ses dispositions.

J'autorise Anim'Action, conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 à consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission mis à disposition par la caisse d'allocations familiales

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription et m'engage à signaler toutes modifications.

Date

Signature (s)