

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 prénom des enfants vivants sous le même toit :	date naissance
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)