

- ☐ 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 : ☐ Mme ☐ 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 : ☐ Mme ☐ 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 : ____/____/____/____	☐
Nom et prénom : _____	Qualité : _____	Téléphone : ____/____/____/____	☐
Nom et prénom : _____	Qualité : _____	Téléphone : ____/____/____/____	☐
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.