

FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Accueil de loisirs

Année du 02/09/2019 au 31/08/2020

INFORMATIONS FAMILIALES ET ADMINISTRATIVES

IDENTITE DU PERE ou du tuteur légal (ou parent 1)	IDENTITE DE LA MERE ou de la tutrice légale (ou parent 2)																		
Responsable légal : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom et Prénom : Date de naissance : Profession : Adresse du domicile : Tél. Fixe : Tél. Portable : Tél. Professionnel : Email : J'accepte de recevoir des informations de l'Accueil de Loisirs par mail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Responsable légal : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom et Prénom : Date de naissance : Profession : Adresse du domicile : <i>(à compléter seulement si elle est différente de celle de l'autre parent)</i> Tél. Fixe : Tél. Portable : Tél. Professionnel : Email : J'accepte de recevoir des informations de l'Accueil de Loisirs par mail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																		
Pour les associations : Adhérent : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Familles Rurales Association de :																			
Situation des parents : (entourer la mention utile) Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés – Veuf																			
Facturation : les factures sont dématérialisées depuis le 01/09/2018 <input type="checkbox"/> Les factures sont adressées par mail à l'adresse : _____ Deuxième adresse mail si paiement séparé : _____																			
Destinataire des factures (à remplir si nécessaire) : <table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;"></th> <th style="width:35%; text-align:center;">Parent 1 -</th> <th style="width:35%; text-align:center;">Parent 2 -</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Periscolaire</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Extrascolaire (vac.)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Semaine Paire</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Semaine Impaire</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Informations complémentaires :</td> </tr> </tbody> </table>			Parent 1 -	Parent 2 -	Periscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrascolaire (vac.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semaine Paire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Semaine Impaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informations complémentaires :		
	Parent 1 -	Parent 2 -																	
Periscolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Extrascolaire (vac.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Semaine Paire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Semaine Impaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Informations complémentaires :																			

L'organisme de tutelle est destinataire des factures : joindre une attestation de prise en charge

Si oui : **Nom de l'organisme**

Adresse de l'organisme :

Nom et prénom de la personne référente au dossier :

Coordonnées de la personne référente :

REGIME DE SECURITE SOCIALE

Régime général (CAF)

J'autorise Familles Rurales à consulter le site de CAF Pro qui permet de connaître mon quotient familial

Oui, numéro d'allocataire CAF (**obligatoire**)

Non, dans ce cas le tarif le plus élevé sera appliqué.

Régime spécifique (MSA, SNCF...)

Nous fournir une attestation de quotient familial, à défaut le tarif le plus élevé sera appliqué.

Numéro allocataire MSA : (**obligatoire**)

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

Joindre une attestation mentionnant les noms et prénoms des enfants assurés.

ENGAGEMENTS DES PARENTS

- ✓ Je m'engage à transmettre à l'association, les éventuels changements d'adresses, de coordonnées téléphoniques concernant les parents et les personnes à contacter.
- ✓ Je m'engage à régler l'intégralité des frais dus au titre de l'accueil collectif de mineurs.
- ✓ Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- ✓ Je m'engage à prendre connaissance du règlement intérieur et à le respecter (remis en version papier, disponible sur le site internet de la structure.)

Fait à :

Le :

Signature du père (tuteur légal ou parent 1)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature de la mère (tutrice légale ou parent 2)

Précédée de la mention « lu et approuvé »