

FICHE FAMILLE

2025/2026

Enfants à inscrire					
Nom	Prénom	M/F	date de naissance	classe	Ecole


Responsables du foyer	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Représentant légal 1	Représentant légal 2
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : (précisez) Nom : Prénom : Adresse : CP / Ville : Tél. fixe : Tél. portable : Tél. professionnel : Mail personnel : CSP * : Date de naissance : N° Sécurité sociale : Autorité Parentale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : (précisez) Nom : Prénom : Adresse : CP / Ville : Tél. fixe : Tél. portable : Tél. professionnel : Mail personnel : CSP * : Date de naissance : N° Sécurité sociale : Autorité Parentale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Famille d'accueil : Nom : Prénom : Adresse : Tél. fixe : Tél. portable : Mail : Employeur :	
---	--

Le compte PORTAIL FAMILLE sera rattaché à une adresse mail unique :	
Destinataire et responsable des factures : Représentant légal (1) – Représentant légal (2) – Représentant légal (1 + 2) Famille d'accueil (Entourer réponse) Autre :	
Compagnie d'assurance de la RC : N° de police d'assurance RC : (document à joindre au dossier)	

* **CSP à renseigner** ; au choix : Agriculteur – Artisan – Commerçant – Chef d'entreprise – Cadre – Congés Parental – Demandeur d'emploi – Employé – Etudiants – Mère/Père au foyer – Militaire – Ouvrier - Profession Libérale – Retraité – Sans activité professionnelle – Technicien.

Régime	
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF (régime général) <input type="checkbox"/> Allocataire MSA <input type="checkbox"/> Allocataire autre <input type="checkbox"/> Sans	
N° Allocataire	
Nom et prénom de l'allocataire	

Autorisations parentales				
Je soussigné (e),				
AUTORISE les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) à l'accueil de loisirs :				
PRENOM - NOM	ADRESSE		A contacter en cas d'urgence	Lien avec l'enfant ou la famille
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
AUTORISE mon/mes enfant(s) à être filmé(s) et/ou photographié(s) aux fins d'utilisation :				
<div> <div>- Dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs pour une utilisation dans le centre :</div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> </div> <div> <div>- Par la diffusion (site internet, facebook de l'association, presse...) :</div> <div>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></div> </div>				
AUTORISE la direction de L'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaires CAF 29 » (uniquement pour les allocataires CAF du Finistère), afin de déterminer le Quotient Familial à appliquer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Sinon pour tous les autres et allocataires MSA : M'ENGAGE à transmettre une attestation d'allocations indiquant le quotient familial de l'année en cours. Sans ce document, les tarifs les plus élevés seront appliqués.				
Ayant pris connaissance du Règlement Intérieur ainsi que du Projet Pédagogique de l'association AFR PLOUGUERNEAU :				
(Cases à cocher) :				
<input type="checkbox"/> Autorise mon/mes enfant(s) à être pris en charge par le personnel du centre de loisirs après l'école,				
<input type="checkbox"/> Autorise mon/mes enfant(s) à utiliser le transport prévu (bus, minibus, voiture individuelle...) dans le cadre des sorties organisées par le centre de loisirs,				
<input type="checkbox"/> Autorise mon/mes enfants(s) à participer aux différentes activités organisées par le centre,				
<input type="checkbox"/> Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre,				
<input type="checkbox"/> Autorise le directeur du centre de loisirs à prendre les mesures d'urgence nécessaires (hospitalisation, SAMU, pompiers...) concernant mon enfant/mes enfant(s),				
<input type="checkbox"/> M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,				
<input type="checkbox"/> M'engage à régler l'intégralité des factures transmises par l'association,				
<input type="checkbox"/> M'engage à fournir le certificat médical et/ou le certificat d'aptitudes aquatiques (disponible au centre),				
Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous et m'engage à signaler tout changement.				
Fait à : Le :				
Signature(s) :		Représentant 1	Représentant 2	Autre