

### Enfants à inscrire

Nom	Prénom	M/F	date de naissance	classe	Ecole

### Responsables du foyer

Situation familiale :  Marié(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Célibataire  Veuf(ve)

Représentant légal 1	Représentant légal 2
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : ..... (précisez)	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : ..... (précisez)
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....
CP / Ville : .....	CP / Ville : .....
Tél. fixe : .....	Tél. fixe : .....
Tél. portable : .....	Tél. portable : .....
Tél. professionnel : .....	Tél. professionnel : .....
Mail personnel : .....	Mail personnel : .....
CSP * : .....	CSP * : .....
Date de naissance : .....	Date de naissance : .....
N° Sécurité sociale : .....	N° Sécurité sociale : .....
Autorité Parentale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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

Allocataire CAF (régime général)  Allocataire MSA  Allocataire autre  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 :

- Dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs pour une utilisation dans le centre : Oui  Non
- Par la diffusion (site internet, facebook de l'association, presse...) : Oui  Non

**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  Non

**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) :**

- Autorise mon/mes enfant(s) à être pris en charge par le personnel du centre de loisirs après l'école,
- 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,
- Autorise mon/mes enfant(s) à participer aux différentes activités organisées par le centre,
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre,
- Autorise le directeur du centre de loisirs à prendre les mesures d'urgence nécessaires (hospitalisation, SAMU, pompiers...) concernant mon enfant/mes enfant(s),
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,
- M'engage à régler l'intégralité des factures transmises par l'association,
- 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