

## FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Action Jeunes 2022

Année du 01/01/2022 au 31/12/2022

### 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'Action Jeunes 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'Action Jeunes par mail : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>																		
<b>Pour les associations :</b> <b>Adhérent : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></b> Familles Rurales Association de : .....																			
<b>Situation des parents :</b> (entourer la mention utile) Célibataire - Vie maritale - Pacsés - Mariés - Séparés - Divorcés – Veuf																			
<b>Facturation : les factures sont dématérialisées.</b> <input type="checkbox"/> Les factures sont adressées par mail à l'adresse : ..... Deuxième adresse mail si paiement séparé : .....																			
<b>Destinataire des factures (à remplir si nécessaire) :</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">Parent 1 -</td> <td style="text-align:center;">Parent 2 -</td> </tr> <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> </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 »