

Fiche d'inscription 2018 - FAMILLE

AUTORISATION POUR LES FAMILLES SEPARÉES ET/OU RECOMPOSÉES		
En cas de séparation j'autorise le père ou la mère de cet enfant à récupérer au centre à tout moment sans accord en amont	OUI	NON
En cas de séparation j'autorise mon compagnon ou ma compagne à récupérer mon enfant au centre à tout moment sans accord en amont : Prénom : _____ NOM : _____	OUI	NON

AUTORISATION POUR L'HOSPITALISATION EVENTUELLE

Je soussigné _____ responsable légal de mon enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, ...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
J'ai une préférence pour la destination de l'hôpital : (lieu) _____

AUTORISATION CAF PRO

J'autorise la structure à rechercher mon quotient familial sur internet par CAF PRO (réserve aux professionnels) grâce à mon numéro d'allocataire

	OUI	NON
--	-----	-----

REPARATION DE PRISE DE CONNAISSANCE DU REGLEMENT INTERIEUR

A remplir impérativement

Je soussigné : _____

Père et Mère (prénom/nom) : _____

Tiers ayant l'autorité parentale (prénom/nom) : _____

RESPONSABLE LEGAL DU (DES) ENFANTS(S) SUUVANTS : _____

Prénoms / Noms des enfants : _____

Certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre périscolaire et de l'accueil de loisirs de Boufféré visible sur notre site internet : www.pilchouneise.com/pagine/1714101403/2018-RI_revisé.pdf et nous nous engageons à le respecter.

Et, certifie être assuré en termes de Responsabilité civile auprès de _____

Sous le N° d'assuré : _____

Fait à Boufféré le / / 2018
Signature vérifiable de la mention « Lu et Approuvé »

Piçhounes et Cie

FICHE FAMILLE

Nom et prénom responsable _____

Date de naissance _____

N° sécurité sociale _____

Situation de famille _____

Adresse 1 _____

Code postal/Ville _____

Téléphone/Mobile _____

Courriel _____ Envoyer les factures par courriel

Profession/Catégorie _____

Employeur/Téléphone _____

Nom et prénom conjoint _____

Date naissance _____

Profession/Catégorie _____

Téléphone / Courriel _____

Employeur/Téléphone _____

Médecin traitant _____

Tél médecin traitant _____

Quotient familial retenu _____

Date adhésion ____/____/____

Informations diverses

Organisme : CAF/MSA ?	N° allocataire
-----------------------	----------------

Enfants rattachés

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole	Classe