

**ENFANTS (MERCİ D'INDIQUER UNIQUEMENT LES ENFANTS NÉS D'UNE MÊME UNION)**

Nom : Prénom : Né.e le : n° téléphone

Nom : Prénom : Né.e le : n° téléphone

Nom : Prénom : Né.e le : n° téléphone

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**Situation familiale**      Mariés      Vie maritale      Séparés / Divorcés      Veuf / Veuve  
*Merci de remplir un dossier par parent*

**Parent 1**    Autorité parentale    Oui      Non      **Parent 2**    Autorité parentale    Oui      Non

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Téléphone personnel :	Téléphone personnel :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Courriel :	Courriel :
Adresse postale domicile :	
Complément d'adresse :	
Code Postal :	Ville :

**CONTACT DE FACTURATION**

Courriel :

**RÉGİME DE COUVERTURE SOCİALE**

CAF    MSA    Autre	J'autorise la consultation et la conservation des données me concernant issues de CAFPRO (consultation des données allocataires). Sans cette autorisation, la facturation se fera au plafond :    Oui    Non
Nom Allocataire :	
N° Allocataire :	
Allocataire enfant handicapé : Oui      Non	

**ASSURANCES**

<b>RESPONSABILITÉ CIVILE</b>	et/ou	<b>RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE ACCIDENTS CORPORELS</b>
Nom de la compagnie d'assurance		Nom de la compagnie d'assurance
N° de contrat		N° de contrat

**SIGNATURES**

Je reconnais en signant ce document :

- avoir pris connaissance du règlement intérieur,
- respecter les conditions de celui-ci,
- avoir pris connaissance de la tarification de l'accueil ados,
- avoir souscrit une assurance valide pour mes enfants, régler les prestations relatives aux présences de mes enfants.

Date :      Signature(s) jeune(s) :

Signature  
représentant légal :

