

Pièces à fournir :

- Justificatif CAF
- Justificatif MSA
- Justificatif Assurance
- Fiche sanitaire
- Copie des vaccins

Initiales :

Cadre réservé
aux services

DOSSIER FAMILLE 2024

aps@ancenis-saint-gereon.fr ou alsh@sivu-enfance.fr

Nom, Prénom du responsable légal (indiquer s'il s'agit d'une famille d'accueil) :

Adresse : Tél. :/...../...../...../.....

Situation de famille : **MARIE - SEPARÉ (*) - UNION LIBRE - PACSE - VEUF - CELIBATAIRE**

(*) En cas de séparation : **Autorisation pour l'autre parent de récupérer l'enfant : OUI ou NON**

Représentant 1 : (Nom, Prénom et adresse si différente) :

Date de naissance/...../..... Portable : Mail :

Profession :

Nom de l'employeur : Tél...../...../...../...../.....

Représentant 2 : (Nom, Prénom et adresse si différente) :

Date de naissance/...../..... Portable : Mail :

Profession :

Nom l'employeur : Tél...../...../...../...../.....

Facturation

Payeur des factures :

Représentant 1

Représentant 2

Accepte les factures en ligne (oui par défaut) :

Oui

Non

Composition de la famille

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Né(e) le</u>	<u>Etablissement scolaire fréquenté</u>	<u>Classe</u>	<u>Participation à un club (si oui lequel ?)</u>
.....
.....
.....
.....
.....

Allocations Familiales : (joindre un justificatif)

Nom de la Caisse :

Adresse :

N° d'allocataire (obligatoire).....

Sécurité Sociale ou MSA : (joindre un justificatif mentionnant le quotient familial) :

Adresse :

N° d'assuré :

Nom du Médecin Traitant :

Adresse :

.....  / / / /

En cas d'urgence :

Nom et prénom de la personne à prévenir autre que les parents :

.....

Adresse :

.....  / / / /

Assurance : (joindre un justificatif)

scolaire responsabilité civile

Nom :

Adresse :

.....N° de Police.....

Modalités de fonctionnement des Accueils :

▶ J'ai pris connaissance des modalités de fonctionnement et de facturation des Accueils de Loisirs et m'engage à les respecter.

Fait à.....le.....

Signature