



INSCRIPTION Fiche Famille

ENFANTS pour lesquels une inscription est demandée	
Nom et Prénom	Date de naissance

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

	Adulte 1 <i>Responsable du dossier et destinataire de la facture</i>	Adulte 2	Autre : membre de la famille, famille d'accueil ...
NOM			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Lien de parenté			
Adresse de résidence			
Adresse de résidence principale de l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> garde alternée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> garde alternée	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> garde alternée
Téléphone portable			
Téléphone professionnel			
Email de correspondance OBLIGATOIRE			
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Autre	
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autorisé(e) à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Allocataire auquel l'enfant est rattaché	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Caisse ou régime	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE	
N° d'allocataire OBLIGATOIRE*			
Contrat d'assurance (Extra-scolaire ou RC)	Compagnie :		N° de police :

Je soussigné(e)reconnait exact les informations mentionnées ci-dessus et autorise la Commune de Créhen à accéder à vos informations CAF, nécessaires au calcul du tarif horaire adapté à votre situation familiale.

Signature :