Centre d'accueil « Château des Mômes » de l'entente intercommunale

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS 2023 - 2024

ENFANT			
Nom		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Adresse			
PARENT 1		**PARENT 2**	
Nom et prénom		Nom et prénom	
Date de naissance		Date de naissance	
Adresse		Adresse	
Adresse courriel (1)		Adresse courriel (1)	
N° de tél.		N° de tél.	
Nom et adresse de l'employeur		Nom et adresse de l'employeur	
N° de tél. Pro		N° de tél. Pro	
PRESTATIONS FAMILIALES			
Nom de l'organisme		N° d'allocataire	
Quotient Familial (2)	**Fournir également une copie de l'attestation de la CAF**	Régime général ou autre	
PERSONNE A FACTURER			
Nom et prénom		Adresse	
Mode de paiement retenu (1)	☐ le prélèvement mensuel, (je complète, signe et retourne la demande de prélèvements accompagnée d'un relevé d'identité bancaire et du contrat financier) ☐ le règlement mensuel par chèque à l'ordre du Trésor Public, numéraire, virement ou carte bancaire directement à la Trésorerie. **J'ai bien noté que mon choix restera effectif jusqu'à ce qu'une demande de modification écrite de ma part soit transmise au centre de périscolaire « Château des Mômes » de l'entente intercommunale.**		

(1) : Obligatoire

(2) : Sans ce quotient familial **valide**, il sera appliqué le tarif maximal

PERSONNE(S) A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE AUTRE(S) QUE LES PARENTS			
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT A LA SORTIE DU CENTRE PERISCOLAIRE OU EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT			
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
Nom et prénom		Adresse et n° de téléphone	
SANTÉ DE L'ENFANT			
Nom du médecin traitant		Adresse et n° de téléphone	
L'enfant rencontre-t-il un problème de santé particulier ?		En cas d'urgence, si le personnel du centre d'accueil périscolaire ne peut me joindre, je soussigné(e) autorise le personnel du centre d'accueil périscolaire à prendre toutes les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant. En cas d'urgence, j'autorise les services de secours du secteur à transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche. Je m'engage à respecter le calendrier des vaccinations conforme à la réglementation en vigueur.	
Signature obligatoire des parents			

☐(1) J'autorise le Centre d'accueil "Château des Mômes » à utiliser les photos de mon enfant pour illustrer ses parutions.

☐(1) Je n'autorise pas le Centre d'accueil "Château des Mômes » à utiliser les photos de mon enfant pour illustrer ses parutions.

☐(1) J'autorise mon enfant à participer aux sorties.

☐(1) Je n'autorise pas mon enfant à participer aux sorties.

Je fournis l'attestation d'assurance responsabilité civile de mon enfant.

Je m'engage à signaler tout changement à la Directrice de centre.

(1) Cocher la case correspondante à votre choix

Date : **<u>Signature obligatoire des parents</u> :**