

DOSSIER FAMILLE UNIQUE ANNÉE 2020/2021

Valable du 1^{er} septembre 2020 au 31 août 2021

MERCI DE REMPLIR EN MAJUSCULE

NOM DE FAMILLE :

Nom de l'enfant	Prénom	Sexe	Ecole	Classe
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		
		<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon		

Pièces à joindre au dossier

- Règlement frais d'inscription (merci de privilégier le règlement par chèque)
- Les vaccins à jour pour chaque enfant
- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois pour les divonnais et Grilly
- Attestation d'assurance extra-scolaire 20/21 pour chaque enfant, au plus tard le 30/09/20
- Attestation allocataire CAF de l'Ain de moins de 3 mois précisant le quotient familial
OU avis d'imposition 2019 recto / verso sur revenus 2018 **OU** attestations employeurs, pour l'ensemble du foyer
- Autorisation de Sortie du Territoire (AST) pour chaque enfant
- Recto / verso de la pièce d'identité du signataire de l'AST
- Fiche navette à nous retourner **au plus tard le mercredi 02/09/2019**, le cas échéant
- Aides aux temps libre (CAF de l'Ain), le cas échéant
- Jugement de divorce ou de séparation, le cas échéant
- PAI, le cas échéant

CADRE RESERVE A ALFA3A

QUOTIENT FAMILIAL :

NB PART :

MAJ QF :

REGIME : Général Autres MSA RESIDENCE : Divonnais Ext 1 Ext 2

Situation familiale

Mariés En concubinage Pacsés Divorcés Séparés Célibataire
 Famille d'accueil Autre
Nombre d'enfants à charge
N° Allocataire CAF

SI VOUS ETES DIVORCES, MERCI DE PRECISER SI DOSSIER PERE DOSSIER MERE

Représentant légal 1 - COMPTE ESPACE FAMILLE

Madame Monsieur Autorité parentale oui non

Nom

Prénom

Email personnel uniquement

Adresse

Code postal Ville

Merci d'indiquer les indicatifs uniquement pour les numéros de téléphone étrangers

Tél. domicile Tél. mobile

Tél. professionnel

Profession Employeur

Représentant légal 2

Madame Monsieur Autorité parentale oui non

Nom

Prénom

Email personnel uniquement

Adresse

Code postal Ville

Merci d'indiquer les indicatifs uniquement pour les numéros de téléphone étrangers

Tél. domicile Tél. mobile

Tél. professionnel

Profession Employeur

Renseignements 1^{er} enfant

Nom..... Prénom.....
Date de naissance/...../..... Sexe M F
Régime alimentaire particulier sans porc oui non
Autre, précisez.....

Allergies, problèmes, traitements médicaux, antécédents

.....
.....
.....

Médecin traitant Tél.
 PAI 20/21 (joindre protocole)
 Photocopie des vaccinations du carnet de santé

Renseignements 2^{ème} enfant

Nom..... Prénom.....
Date de naissance...../...../..... Sexe M F
Régime alimentaire particulier sans porc oui non
Autre, précisez.....

Allergies, problèmes, traitements médicaux, antécédents

.....
.....
.....

Médecin traitant Tél.
 PAI 20/21 (joindre protocole)
 Photocopie des vaccinations du carnet de santé

Renseignements 3^{ème} enfant

Nom..... Prénom.....
Date de naissance/...../..... Sexe M F
Régime alimentaire particulier sans porc oui non
Autre, précisez.....

Allergies, problèmes, traitements médicaux, antécédents

.....
.....
.....

Médecin traitant Tél.
 PAI 20/21 (joindre protocole)
 Photocopie des vaccinations du carnet de santé

Si + de 3 enfants merci de remplir une nouvelle page 3 uniquement

Personnes (de + 15 ans) autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) et (de + 18 ans) à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone

J'autorise le centre d'animation à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) (Expositions, journaux, site internet alfa3a, affiches) Oui* Non

J'autorise le centre d'animation à diffuser l'image de mon (mes) enfant(s) Sur la page Facebook du centre Oui* Non

*Le représentant légal s'engage à ne pas demander de rémunération ou de droits d'utilisation. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation des photos ne devront pas porter atteinte à son image et/ou à sa réputation.

J'autorise alfa3a à consulter le service CDAP de la CAF Oui Non

J'autorise mon(mes) enfant(s) de + de 6 ans à quitter la structure seul(s) Oui Non

J'autorise le transport en véhicule (navette et sortie) Oui Non

A faire pratiquer toute intervention d'urgence (Hospitalisation, intervention chirurgicale) Oui Non

Je soussigné(e),..... atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter sans réserve. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.

Date : / /

Signature des parents ou tuteurs légaux