

DOSSIER FAMILLE UNIQUE

ANNÉE 2023/2024

Valable du 4 septembre 2023 au 31 août 2024

MERCI DE PRECISER SI DOSSIER FAMILLE DOSSIER PÈRE DOSSIER MÈRE
Pour les parents en garde alternée, il est demandé un dossier par représentant

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		

CADRE RESERVÉ À ALFA3A

QUOTIENT FAMILIAL :

NB PART :

MAJ QF :

RÉGIME : Général Autres MSA RÉSIDENCE : Divonnais Ext 1 Ext 2

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 habitants de Divonne et Grilly
- Attestation d'assurance extra-scolaire 23/24 pour chaque enfant, au plus tard le 15/09/23
- Attestation allocataire CAF de l'Ain de moins de 3 mois précisant le quotient familial, **OU** attestation MSA, **OU** Avis d'imposition 2022 recto / verso sur revenus 2021
- Justificatif d'emploi et/ou de recherche d'emploi des deux représentants (ou d'un représentant dans le cadre de famille monoparentale)
- 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 06/09/2023**, le cas échéant
- Jugement de divorce ou décision de justice notifiant l'autorité parentale s'il y a lieu
- PAI 22/23 **au plus tard le premier jour de présence de l'enfant**, le cas échéant
- Fiche d'inscription fixe ou fixe planning (uniquement pour les parents divorcés, séparés)
- Reconnaissance MDPH, le cas échéant

Prélèvement automatique

- Mandat de prélèvement SEPA + RIB + recto / verso de votre pièce d'identité
- Si vous êtes déjà en prélèvement automatique, vous n'avez pas à compléter de nouveau le mandat de prélèvement, merci de nous indiquer simplement si vous souhaitez le poursuivre :
 - Je souhaite suspendre mon mandat SEPA
 - Je souhaite renouveler mon mandat SEPA

Situation familiale

Marié En concubinage Pacsé Divorcé Séparé Célibataire
 Famille d'accueil Autre

Nombre d'enfants à charge

N° Allocataire CAF de l'Ain

Représentant 1 – Gestionnaire des inscriptions, factures, prélèvement

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 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.....

PANIER REPAS

Allergies, problèmes de santé, traitements médicaux, antécédents, porteur de handicap :

.....
.....

Médecin traitant Tél.

PAI 23/24 (joindre protocole) Déclaré MDPH (joindre attestation) MDPH en cours

Renseignements 2^{ème} enfant

Nom..... Prénom.....

Date de naissance/...../..... Sexe M F

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER SANS PORC OUI NON

Autre, précisez.....

PANIER REPAS

Allergies, problèmes de santé, traitements médicaux, antécédents, porteur de handicap :

.....
.....

Médecin traitant Tél.

PAI 23/24 (joindre protocole) Déclaré MDPH (joindre attestation) MDPH en cours

Renseignements 3^{ème} enfant

Nom..... Prénom.....

Date de naissance/...../..... Sexe M F

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER SANS PORC OUI NON

Autre, précisez.....

PANIER REPAS

Allergies, problèmes de santé, traitements médicaux, antécédents, porteur de handicap :

.....
.....

Médecin traitant Tél.

PAI 23/24 (joindre protocole) Déclaré MDPH (joindre attestation) MDPH en cours

Autorisations parentales

Personnes (de + 15 ans) autre que les parents, autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) :

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone

Vous pouvez ajouter à tout moment d'autres personnes sur votre espace famille.

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 (à retrouver sur votre espace famille dans l'onglet enfance-jeunesse) 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

Nom et prénom de l'enfant :

J'autorise le centre d'animation à photographier ou filmer mon (mes) enfant(s) lors des temps d'accueil et de diffuser l'image sur :

La structure (affiches, activités) Oui* Non

Le site internet alfa3a et rapport d'activités alfa3a Oui* Non

La presse (Dauphiné, Gessien, JVD...) Oui* Non

La page Facebook de la structure, de la commune ou Instagram. Oui* Non

La page Kidizz du centre d'animation alfa3a. 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.

Date : / /

Signature des 2 parents ou tuteurs légaux