

Informations sur les parents																																																							
Parent 1 <small>(Parent qui a ouvert le dossier d'allocation auprès de la CAF ou de la MSA)</small>																																																							
Parent 2																																																							
<b>Situation de famille</b>	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e)s <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) / Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Passé(e)s																																																						
<b>Civilité</b>	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur																																																						
<b>Nom</b>																																																							
<b>Prénom</b>																																																							
<b>Date de naissance</b>	...../...../.....																																																						
<b>Adresse</b>	Code Postal :                      Ville :																																																						
<b>Adresse Email :</b>																																																							
<b>Tél. Fixe :</b>																																																							
<b>Tél. Portable :</b>																																																							
<b>Tél. Travail :</b>																																																							
<b>Situation Professionnelle</b>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Parent au foyer</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Fonctionnaire territorial</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Etudiant</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Demandeur d'emploi</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Employé</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Fonctionnaire d'état</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Profession libérale</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Commerçant</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Fonctionnaire hospitalier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Salarié agricole</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Retraité</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Artisan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Ouvrier</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Cadre</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Chef d'entreprise</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Enseignant</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Exploitant agricole</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parent au foyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire territorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etudiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire d'état	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profession libérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commerçant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salarié agricole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artisan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enseignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exploitant agricole			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parent au foyer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire territorial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etudiant																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demandeur d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire d'état																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Profession libérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Commerçant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fonctionnaire hospitalier																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salarié agricole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artisan																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chef d'entreprise																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enseignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exploitant agricole																																																		
<b>Employeur</b>																																																							

**REGIME du RESPONSABLE**       Régime général       Régime agricole

**N° allocataire CAF :** (Vendée)      **N° allocataire MSA :** (Loire-Atlantique / Vendée)

Quotient familial :     

**Si vous n'êtes pas allocataire CAF Vendée ou allocataire MSA Loire-Atlantique/Vendée, cochez la case suivante :**

<b>ENFANT INSCRIT</b>	Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ..... Bénéficiaire AEEH : <input type="checkbox"/> École : ..... Classe : .....	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <small>À cocher par l'association</small>
<b>ENFANT INSCRIT</b>	Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ..... Bénéficiaire AEEH : <input type="checkbox"/> École : ..... Classe : .....	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <small>À cocher par l'association</small>
<b>ENFANT INSCRIT</b>	Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ..... Bénéficiaire AEEH : <input type="checkbox"/> École : ..... Classe : .....	<input type="checkbox"/> Accueil de loisirs <input type="checkbox"/> Accueil jeunes <input type="checkbox"/> Séjours vacances <small>À cocher par l'association</small>

**ADHESION**      **Souhaitez-vous être adhérent Familles Rurales cette année ?**      Oui       Non

En adhérent à l'association Familles Rurales de ma commune, je soutiens les bénévoles qui créent et font fonctionner au quotidien les services dont j'ai besoin, pour moi-même et/ou mes enfants : je reconnais ainsi l'investissement, l'énergie qu'ils y consacrent dans le but d'améliorer le cadre de vie des habitants et de dynamiser la vie locale.

**Je déclare :** (Cochez les cases suivantes)

Autoriser AJIFR CANTON ROCHESERVIERE à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF ou de la MSA, dont les ressources N-2, le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap et bénéficiaire de l'Aeeh afin de calculer le tarif qui me sera facturé dans le cadre de l'accueil de mon ou mes enfants dans la structure GPT AIFR SECTEUR DE ROCHESERVIERE et à conserver les copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans minimum.

Avoir lu et accepté le règlement intérieur de l'accueil de loisirs.

Fait le : ...../...../.....  
Signature

# AUTORISATIONS PARENTALE



Je soussigné(e)

Nom (du représentant légal ou du tuteur) : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Autorise mon enfant (nom et prénom de l'enfant) : .....

## Autorisations de départ

À rentrer seul(e) à la fin de l'activité.

OUI  NON

À partir seul(e) de l'espace jeunes librement sans contrainte horaire.

OUI  NON

## Autorisations droit image

Précise dans quel cadre, je donne l'accès à l'équipe encadrante, d'utiliser, de reproduire et de diffuser les photographies et vidéos représentant mon (mes) enfant(s).

Dans ce cadre, ces photos et vidéos pourront être publiées :

Sur le site internet de l'association	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le site internet de la municipalité	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les réseaux sociaux de l'AIFR et structures jeunesse locales	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur la presse locale	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur le bulletin municipal communal	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas
Sur les supports de communication telles que plaquettes, brochures, panneaux de présentation, rapport de stage, vidéo des spectacles, vidéo de promotion... (liste non exhaustive)	<input type="checkbox"/> autorise	<input type="checkbox"/> n'autorise pas

Je donne l'accès à l'équipe encadrante sur la diffusion du nom et prénom du jeune dans le cadre de projet :

autorise  n'autorise pas

## Autorisations diverses

À voyager en voiture individuelle (dont le conducteur est une personne ayant + de 21 ans et + de 2 ans de permis) si la situation se présente ou le nécessite.

À se baigner en piscine ou sur un lieu autorisé suivant la réglementation.

À être pris en charge par les responsables qui prendront toute décision médicale d'urgence en accord avec les services médicaux.

Accepte que mon numéro de téléphone soit utilisé pour intégrer un groupe WhatsApp de parents, dans le cadre d'un séjour ou d'un projet.

Le :

À :

Signature :



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, a-t-il un régime alimentaire particulier ?... **PRÉCISEZ**.

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

**5 – RESPONSABLE LÉGAL DEL'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE.....  
.....  
TÉL. FIXEET/OUPORTABLE      DOMICILE : ..... BUREAU :.....

*Je soussigné,.....responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :.....  
Signature :