

DOSSIER PORTAIL FAMILLE 2024/2025

Enfants à inscrire					
Nom	Prénom	M/F	date de naissance	classe	Ecole

Responsables du foyer

Situation familiale : Marié(e) Divorcé(e) Pacsé(e) Vie maritale Célibataire Veuf(ve)

Représentant légal 1	Représentant légal 2
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : (précisez)	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : (précisez)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP / Ville :	CP / Ville :
Tél. fixe :	Tél. fixe :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :
Mail personnel :	Mail personnel :
CSP * :	CSP * :
Date de naissance :	Date de naissance :
N° Sécurité sociale :	N° Sécurité sociale :
Autorité Parentale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autorité Parentale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Famille d'accueil :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. fixe : Tél. portable :

Mail :

Employeur :

Le compte PORTAIL FAMILLE sera rattaché à une adresse mail unique :

Responsabilité factures : Représentant légal (1) – Représentant légal (2) – Représentant légal (1 + 2) –
 Famille d'accueil (Entourer réponse)
 Autre :

Compagnie d'assurance de la RC :

N° de police d'assurance RC : (document à joindre au dossier)

* **CSP à renseigner** ; au choix : Agriculteur – Artisan – Commerçant – Chef d'entreprise – Cadre – Congés Parental – Demandeur d'emploi – Employé – Etudiants – Mère/Père au foyer – Militaire – Ouvrier - Profession Libérale – Retraité – Sans activité professionnelle – Technicien.

Régime

Allocataire CAF (régime général) Allocataire MSA Allocataire autre Sans

N° Allocataire

Nom et prénom de l'allocataire

Autorisations parentales

Je soussigné (e),

AUTORISE les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon/mes enfant(s) à l'accueil de loisirs :

PRENOM - NOM	ADRESSE		A contacter en cas d'urgence	
			Oui	Non

AUTORISE mon/mes enfant(s) à être filmé(s) et/ou photographié(s) aux fins d'utilisation :

- Dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs pour une utilisation dans le centre : Oui Non
- Par la diffusion (site internet, facebook de l'association, presse...) : Oui Non

AUTORISE la direction de L'ALSH à consulter le portail « Mon compte Partenaires CAF » (uniquement pour les allocataires CAF), afin de déterminer le Quotient Familial à appliquer : Oui Non

Sinon pour tous les autres et allocataires MSA : **M'ENGAGE** à transmettre une attestation d'allocations indiquant le quotient familial de l'année en cours. Sans ce document, les tarifs les plus élevés seront appliqués.

Ayant pris connaissance du Règlement Intérieur ainsi que du Projet Pédagogique de l'association AFR PLOUGUERNEAU :

(Cases à cocher) :

- Autorise mon/mes enfant(s) à être pris en charge par le personnel du centre de loisirs après l'école,
- Autorise mon/mes enfant(s) à utiliser le transport prévu (bus, minibus, voiture individuelle...) dans le cadre des sorties organisées par le centre de loisirs,
- Autorise mon/mes enfants(s) à participer aux différentes activités organisées par le centre,
- Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du centre,
- Autorise le directeur du centre de loisirs à prendre les mesures d'urgence nécessaires (hospitalisation, SAMU, pompiers...) concernant mon enfant/mes enfant(s),
- M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés,
- M'engage à régler l'intégralité des factures transmises par l'association,
- M'engage à fournir le certificat médical et/ou le certificat d'aptitudes aquatiques (disponible au centre),

Je soussigné(e), atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous et m'engage à signaler tout changement.

Fait à : Le :

Signature(s) :

Représentant 1

Représentant 2

Autre