

L'ENFANT

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance : / / Classe :
 Ecole / Enseignant :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Nom et téléphone du médecin traitant :
 Régime alimentaire:

PHOTO non
obligatoire

LES RESPONSABLES

Relevez-vous du régime général de la CAF : Oui Non

N°Allocataire CAF :

Si autre régime, préciser l'organisme et le numéro d'affiliation :

	Responsable Légal n°1	Responsable Légal n°2
Nom		
Prénom		
Adresse		
CP/Ville		
Tél. domicile		
Tél. portable		
@ Mail		
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Tél. travail		

Je soussigné(e) père, mère, tuteur :

- Déclare avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement et du règlement intérieur,
- M'engage à payer les frais de dossier:
 - 10€/enfant/an
 - 15€/an pour 2 enfants en garde
 - 18€/an pour 3
 - 20€/an pour 4 enfants et plus
- Autorise la directrice à prendre toute mesure d'urgence en cas de maladie ou accident,
- Autorise le centre à photographier mon enfant et à diffuser éventuellement les photos prises,

Liste des personnes autorisées à venir chercher mon enfant :

Nom	Prénom	Téléphone
-	-	-
-	-	-
-	-	-

Souhaitez-vous recevoir vos factures et informations divers par mail : Oui Non

Vous reconnaissez avoir pris connaissance du règlement intérieur : Oui Non

Fait à..... Le.....

Signature précédée de la mention
« Lu et approuvé »