

FICHE D'INSCRIPTION

FAMILLE

Responsable Légal	
Civilité	<input type="text"/>
Nom d'usage	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Situation Familiale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	
<input type="text"/>	
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	Email @
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse Employeur	
<input type="text"/>	

Conjoint(e) (Père ou mère)	
Civilité	<input type="text"/>
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Autorité Parentale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	Email @
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse si différente du responsable Légal	
<input type="text"/>	

Données CAF

Identifiant Personnel (H si enfant handicapé)

Allocataire CAF n° Allocataire QF

Allocataire MSA n° Allocataire QF

ENFANT

Nom	Prénom	sexe	Date de Naissance	Lieu de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Scolarité (école)				
<input type="text"/>				

Données Complémentaires

(cocher si accord)

Autorisation de sport

Autorisation de prise de vue

Autorisation à partir seul

Autorisation de baignade

Autorisation de maquillage

Port de lunettes

Port d'un appareil dentaire

Port d'un appareil auditif

l'enfant sait-il nager non oui

Pratiques alimentaires

(A cocher)

Sans sel sans porc sans sucre

sans viande sans arachide sans lait

PAI Autres

Autorisations

Vous devez au moins mandater une personne pour récupérer votre enfant.

Je soussigné (e) _____, responsable légal de l'enfant, nom _____
donne mandat à :

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	
NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	

Je décharge en conséquence le Centre Intercommunal d'Action Sociale Privas Centre Ardèche de toute responsabilité dès lors que l'enfant mentionné a été remis à l'une des personnes mentionnées. Je suis informé que je peux révoquer les mandats consentis au titre du présent formulaire à tout moment, la révocation devant être écrite et prenant effet le lendemain du jour où elle est reçue.

2018
Date
Signature