○ Adh°

FICHE FAMILLE

○ ordi ○ mail HG

LES LUTINS DU SILLON

Année :

*** allocataire

Informations sur les Parents

	PARENT 1 ***	PARENT 2
	Autorité parentale :	Autorité parentale :
Situation de famille	☐ Célibataires ☐ Marié(e)s ☐ Veuf-ve ☐ Vie maritale ☐ Divorcé(e)s ☐ Séparé(e) ☐ Pacsé(e)s	
Civilité	☐ Madame ☐ Monsieur	☐ Madame ☐ Monsieur
NOM		
Prénom		
Adresse	Rue Code postal: Ville:	Rue Code postal: Ville:
Adresse mail		
Tél. Fixe		
Tél. Portable		
Tél. travail		
Situation professionnelle		
Employeur		

Régime du responsable	☐ Régime général (CAF) ☐ Régime agricole (MSA) ☐ Autre : .....

N° Allocataire CAF : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ou N° Sécu.Sociale M.S.A : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Renseignements Enfant(s)

	Nombre enfants à charge :	
ENFANT INSCRIT	NOM :	Prénom :
	Date de Naissance : ..... / ..... /	Sexe :
ENFANT INSCRIT	NOM :	Prénom :
	Date de Naissance : ..... / ..... /	Sexe :

Autres Personnes Majeures Autorisées	NOM : Prénom:	Commune :	Tél :
	NOM : Prénom:	Commune :	Tél :

Médecin Traitant	NOM :	Tél :
Observations Particulières		Santé : (allergie,intolérance...) :

JE DECLARE (cochez les cases)

☐ **Autoriser la directrice à à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute opération d'urgence selon les prescriptions du corps médical consulté et m'engager s'il y a lieu, à rembourser la halte-garderie du montant des frais médicaux**

☐ **Autoriser la structure à consulter et à conserver notre dossier allocataire (pour une durée de 5 ans) via les données fournies par le C.D.A.P (Site pro CAF)**

☐ **Accepter de recevoir les factures et toute information de l'association par mail.**

☐ **Autoriser la transmission de données anonymes me concernant , à la CAF à des fins statistiques dans le cadre du fichier FILOUE**

Fait le : *Signature:*