



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

► **ENFANT**

NOM : Prénom :
 Date Naissance : Nationalité :
 Sexe : F G Ecole fréquentée :

► **FAMILLE**

NOM : Prénom :
 Adresse :

- CdC « Pays Beaume-Drobie » CdC « Pays des Vans en Cévennes » CdC « Val de Ligne » CdC « Val de Ligne »
 CdC « Gorges de l'Ardèche » CdC « Bassin d'Aubenas » Autre :

Tél.Dom. : Email :

- **Régime Allocataire :** Général **CAF** Agricole **MSA** Autre (*Préciser*)
 Responsable dossier : n° Allocataire :
 Caisse (*commune*):

- **Situation Financière :** Nombre enfant(s) à charge : Nombre de parts :
 Quotient Familial : Date effet :
 ou *Revenu Net de référence fiscal* (Avis d'imposition)

► **PARENTS et/ou autre(s) responsable(s) de l'enfant**

<i>PARENT 1</i>	<i>PARENT 2</i>
Lien de parenté	Lien de parenté
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Tél. Dom.	Tél. Dom.
Portable	Portable
Tél. Travail	Tél. Travail
Profession	Profession
Employeur	Employeur
Email	Email

NOM Payeur et Adresse facturation
 si différents de la Famille

► **COMPOSITION FAMILIALE**

	NOM	Prénom	Sexe	Date Naissance
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Je (nous) soussigné(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant, certifie(ions) sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare(ons) avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure et m'(nous) engage(eons) à le respecter.

Date :

Signature :

Merci de ne pas compléter le tableau ci-dessous.

► **AIDES FINANCIERES**

NOM du FINANCEUR	Nom de l'Aide	Montant	NB Maximum	Date effet	Variable	Reste à Charge
MSA	Bon Vacances					
CONSEIL GENERAL	Aide aux Vacances					
CAF	Aide de dépannage					
CCAS						
C.E.						