

DOSSIER FAMILIAL DE RENSEIGNEMENTS

A REMPLIR PAR TOUS

Mr et Mme	<input type="checkbox"/>	NOM DE FAMILLE :	En couple avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>
Mr	<input type="checkbox"/>	Composition de la famille : Nbre d'enfants mineurs et majeurs vivant au foyer :	Seul avec enfant(s)	<input type="checkbox"/>
Mme	<input type="checkbox"/>		En couple sans enfant	<input type="checkbox"/>
Mlle	<input type="checkbox"/>		Seul sans enfant	<input type="checkbox"/>

Adresse :
Code Postal :
Ville :
E-mail :
N°de téléphone domicile :
N°de portable :
N°Allocataire CAF:
Autres régimes :

Pièces à fournir obligatoirement pour toute inscription :

- ✓ Copie du dernier avis d'imposition
- ✓ Attestation CAF mentionnant le n° d'allocataire, le montant des allocations ainsi que le quotient familial
- ✓ Copie des vaccins dans le carnet de santé
- ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile

A REMPLIR POUR VOUS INSCRIRE AUX ACTIVITES DU CENTRE (INSCRIPTION ADULTE)

Prénom :	
Profession précise :	
Numéro de tél employeur :	
Date de naissance :	
Activité(s) choisie(s) :	

A REMPLIR POUR INSCRIRE UN ENFANT AUX ACTIVITES DU CENTRE (INSCRIPTION ENFANT)

Enfant(s) concerné(s)	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Nom de famille:				
Prénom :				
Sexe :	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance :				
Ecole fréquentée :				
Classe :				

Nom du père (*) :		Nom de la mère (*) :	
(*)En cas de séparation, indiquer seulement le parent qui a la garde de l'enfant			
Prénom de père :		Prénom de la mère :	
Profession précise :		Profession précise :	
Employeur :		Employeur :	
N° de tél. employeur :		N° de tél. employeur :	
N° de portable :		N° de portable :	
Email :		Email :	
Nom et n° de téléphone en cas d'urgence dans l'impossibilité de joindre les parents :			

<p>✓ J'autorise mon ou mes enfants à être filmé(es) ou pris en photo dans le cadre des activités du CSC.</p> <p>✓ J'autorise la direction à prendre, en cas d'urgence et dans l'impossibilité de me joindre, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfants (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...).</p> <p>✓ Je souhaite recevoir les informations du Fossé des Treize par mail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Je soussigné (e) :certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche, et m'engage à signaler toutes modifications.</p>	Date et signature :
--	----------------------------

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION				
Carte de membre		2014/2015	SITUATION PROFESSIONNELLE :	ORIGINE GEOGRAPHIQUE :
Familiale	<input type="checkbox"/>	Date :	<input type="checkbox"/> en recherche d'emploi	<input type="checkbox"/> 0101 <input type="checkbox"/> Montagne Verte
Jeune	<input type="checkbox"/>	Nom et prénom	Date	<input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> 0305 <input type="checkbox"/> Hautepierre
				<input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> 0401 <input type="checkbox"/> Meinau
				<input type="checkbox"/> au foyer <input type="checkbox"/> 0402 <input type="checkbox"/> Neuhof
				<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> 0502 <input type="checkbox"/> Neudorf - Port du Rhin
				<input type="checkbox"/> en congé parental <input type="checkbox"/> 0503 <input type="checkbox"/> Gare
				<input type="checkbox"/> 0601 <input type="checkbox"/> Esplanade
				REVENU BRUT GLOBAL : <input type="checkbox"/> Krutenau-Bourse <input type="checkbox"/> Robertsau
				Quotient familial CAF : <input type="checkbox"/> Koenigshoffen <input type="checkbox"/> Wacken
				Nombre d'enfants à charge : <input type="checkbox"/> Elsau <input type="checkbox"/> Orangerie-Quartier XV
				Nombre de parts : <input type="checkbox"/> Poteries <input type="checkbox"/> Centre Ville
			Montant des allocations familiales :	<input type="checkbox"/> Hors Strasbourg