CENTRE SOCIAL – CCAS

ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

☐ Accueil périscolaire ☐ Restauration scolaire ☐ Accueil de loisirs ☐ Accueil périscolaire du mercredi

Documents à fournir pour la validation de votre dossier :

- Attestation d'assurance
- Copie des vaccins de votre enfant
- Numéro allocataire CAF

Nom de l'enfant : …… Ecole : ……..

Prénom de l'enfant : …… Classe : ……

Date de naissance : …… / …… / ……. Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Type de repas : …….. Droit à l'image : ☐ Oui ☐ Non

Mutuelle : …… Assurance : ……..

Autorisation d'intervention médicale : ☐ Oui ☐ Non

Lieu d'hospitalisation : ……..

Personnes à prévenir en cas d'accident :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

CENTRE SOCIAL – CCAS

ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

Nom du responsable : ..... Civilité : ..... Né(e) le ..... / ..... / .....

Prénom du responsable : .....

Situation familiale : ☐célibataire ☐marié(e) ☐veuf(ve) ☐vie maritale ☐divorcé(e)

☐séparé(e) ☐pacsé(e) **<u>En cas de séparation des parents, merci de fournir une copie du jugement.</u>**

Adresse : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Téléphone professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Email : .....
Employeur : ..... Profession : .....
N° de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité sociale : .....
CAF : ..... N° CAF : ..... Autre régime : .....
Quotient organisme : .....
Sous tutelle financière : ..... Organisme tutelle : .....

<u>PERE :</u>

Nom ..... Prénom : ..... Né le ..... / ..... / .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Téléphone professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Employeur : ..... Profession : .....
N° de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité sociale : .....

<u>MERE :</u>

Nom ..... Prénom : ..... Née le ..... / ..... / .....

Email : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Quartier : .....

Téléphone _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ Téléphone professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Portable : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Employeur : ..... Profession : .....
N° de sécurité sociale : ..... Centre de sécurité sociale : .....

Je soussigné .....déclare exacts les renseignements ci-dessus.

Fait à ..... Le .....

Signature :