

Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

## La Famille :

M. et Mme : \_\_\_\_\_

Situation Famille : \_\_\_\_\_

*(Marié, séparé, pacsé, divorcé, concubinage...)*

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Le père :

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

*(si différente de celle de la famille)*

\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

## La mère :

Nom et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

*(si différente de celle de la famille)*

\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

### **Régime sociale :**

Vous êtes soumis au :  Régime général ou local  Régime agricole (MSA)

---

### **Régime alimentaire :**

Votre enfant suit-il un régime alimentaire spécifique :

Oui  Non

Si oui, le repas relatif au régime alimentaire sera :

- déposé au périscolaire par la famille (cf. décharges parentales)
  - fourni par le prestataire de la SPL (repas médicalisé - voir tarif spécifique)
- 

### **Tarifification :**

**Un barème dégressif est mis en place selon vos revenus. Merci de joindre une copie de votre dernier avis d'imposition. Si toutefois vous ne souhaitez pas transmettre les éléments fiscaux de votre foyer, c'est le tarif le plus élevé du barème qui sera retenu pour l'inscription de votre enfant.**

- Je transmets une copie de mon dernier avis d'imposition
- Je ne souhaite pas transmettre de copie de mon dernier avis d'imposition

**Si vous bénéficiez de bons CAF ou d'aide de votre comité d'entreprise, il faut impérativement nous transmettre ces documents avant le début du centre.**

---

### **Autorisation parentale :**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ autorise le responsable de l'activité à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Le \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_

Signature