

CAISSE DES ÉCOLES

6 rue des écoles
51390 GUEUX
03.26.02.12.39

caissedesecoles@mairie-gueux.fr

FIGHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

ENFANTS INSCRITS A LA CAISSE DES ECOLES :

<u>NOM</u>	<u>PRENOM</u>	<u>DATE DE NAISSANCE</u>	<u>CLASSE</u> (en septembre)

RESPONSABLES LÉGAUX : (Père, mère, tuteur. Merci de rayer les mentions inutiles)

Situation maritale : Mariés, pacés, en couple divorcés, séparés

Si séparé ou divorcé, précisez le mode de garde (semaine paires/impaires, demi semaines...) : _____

Souhaitez-vous une facturation séparée : Non Oui

NOM Représentant Légal : _____ **NOM Représentant Légal :** _____
(Père/Mère/Tuteur) (Père/Mère/Tuteur)

Prénom : _____ **Prénom :** _____

Numéro de sécurité sociale _____ **Numéro de sécurité sociale** _____

Adresse : _____ **Adresse (si garde alternée) :** _____

CP : _____ **Ville :** _____ **CP :** _____ **Ville :** _____

Tél domicile : _____ **Tél domicile :** _____

Tél portable : _____ **Tél portable :** _____

E-mail pour facturation : _____ **E-mail pour facturation :** _____
(Si facturation séparée)

E-mail pour information : _____ **E-mail pour information :** _____

Employeur : _____ **Employeur :** _____

Tél professionnel : _____ **Tél professionnel :** _____

(Le représentant légal sera financièrement redevable en cas d'impayé de la part de l'autre parent. Merci de nous fournir une copie du jugement du juge aux affaires familiales)

RÉGIME SOCIAL

RÉGIME GENERAL de la sécurité sociale (CAF) MSA Autre Précisez _____

Merci de nous fournir un justificatif de votre quotient familial. Vous pouvez l'obtenir sur le site internet de votre CAF.
<https://www.caf.fr/ma-caf/caf-de-la-marne> ou auprès de votre centre MSA

Coordonnée d'une autre personne à contacter en cas d'impossibilité de joindre les parents :

Nom et Prénom : _____ Téléphone : _____

PERSONNES AUTORISEES :

Nom et Prénom : _____ N° de téléphone _____

Lien : _____

Nom et Prénom : _____ N° de téléphone _____

Lien : _____

Nom et Prénom : _____ N° de téléphone _____

Lien : _____

Nom et Prénom : _____ N° de téléphone _____

Lien : _____

Pour les personnes autorisées occasionnellement, merci de nous contacter par mail en précisant le jour, l'heure et le nom de la personne autorisée.

Pour des questions de responsabilité et d'assurance, il est impératif que la Caisse des Ecoles soit informé :

- quand l'enfant ne vient pas à un accueil alors qu'il était inscrit
- quand vous souhaitez inscrire votre enfant de manière occasionnelle
- quand il repart avec une autre personne

Lors des activités organisées par la caisse des écoles, nous pourrions être amenés à prendre des photos ou des vidéos de votre (vos) enfant(s) afin de réaliser des expositions, journal du centre, projection aux parents....

J'autorise les animateurs de la caisse des écoles à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre défini ci-dessus.

OUI - NON

ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT :

Je soussigné, _____ certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les conditions.

FRAIS DE GESTION :

A la création de votre dossier, des frais de gestion d'un montant de 20€ seront inclus à votre première facture.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion.

Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat du CEV ou par mail à : cev.gtv@sfr.fr

DATE :

SIGNATURE :