

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Le Jardin des Possibles

ENFANT :
NOM - Prénom _____ **né(e) le** ___/___/___
Sexe : F M
Téléphone de l'enfant : _____

Renseignements concernant la famille

	Mère ou représentant légal	Père ou représentant légal
Nom - Prénom :	_____	_____
Adresse domicile :	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Téléphone portable :	___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
Téléphone pro :	___/___/___/___/___	___/___/___/___/___
Email :
N° Sécurité Sociale :	___/___/___/___/___/___	___/___/___/___/___/___
Organisme	_____	_____
N° Allocataire CAF ou N° et nom pour les régimes particulier(MSA)	_____ _____ _____	_____ _____ _____
Numéro et nom de l'assurance responsabilité civile	_____ _____	_____ _____
Situation familiale <input type="checkbox"/> cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf
Profession :	_____	_____

Composition de la famille (frère et sœur)

	NOM	Prénom	Date de naissance	Lien de familles
1				
2				
3				
4				

Personnes autorisées à récupérer l'enfants

NOM - Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

Déclaration du père ou de la mère ou du responsable légal

Je soussigné (e) _____

- Autorise mon enfant à repartir seul du centre
 - ❖ Nom - Prénom de l'enfant _____ Oui Non
- Autorise la prise et la diffusion de photos ou de vidéos de mon enfant
 - Oui Non
- Autorise la responsable de la structure à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.
- Autorise mon enfant à participer aux sorties et activités organisées par la structure.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur et des modalités de facturation.

A _____

Le ___/___/___

Lu et approuvé
Signature (s)

Documents à fournir :

- Le dossier d'inscription complété avec le règlement de l'adhésion
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Une copie du carnet de vaccination (DT Polio à jour)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile
- Une attestation Caf indiquant le quotient familiale

Tarif 2024 :

Adhésion famille de 20€ par an.

Une participation des familles à la demi-journée ou journée calculée à partir du quotient familiale.

Règlement uniquement en espèces ou par chèques à l'ordre de **l'Association L'Extraordinaire Esteban**.

QF	De 0 à 526	De 527 à 637	De 638 à 775	Au-delà de 775
Mercredi/Samedi /Vacances scolaires				
Demi-journée	10	10,15	10,3	10,45
Journée	20	20,3	20,6	20,9

Important :

- Tout changement dans les informations mentionnées ci-dessus, au cours de la période de référence, devra faire l'objet d'une modification de la fiche de renseignements par les responsables légaux des enfants.
- Une inscription n'est définitive, que sous réserve de places disponibles et de la remise d'un dossier complet et correctement rempli (**y compris fiche sanitaire, et éventuellement PAI**).