



Date et visa : .....Date et visa : .....

Date et visa : .....Date et visa : .....

Nom et prénom de l'enfant : .....

**REPRESENTANT LEGAL 1 (personne à qui sera adressée la facture)**

Qualité (père, mère, tuteur..)			Autorité parentale : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage :			Nom naissance	
Prénoms :				
Adresse :				
Code postal :		Ville :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :		Téléphone professionnel :	
Courriel :	@			
Situation familiale :	Marié <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/>
En activité : <input type="checkbox"/>	Profession :			
Nom et adresse employeur :				

**REPRESENTANT LEGAL 2**

Qualité (père, mère, tuteur..)			Autorité parentale : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage :			Nom naissance :	
Prénoms :				
Adresse :				
Code postal :		Ville :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :		Téléphone professionnel :	
Courriel :	@			
Situation familiale :	Marié <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/>
En activité : <input type="checkbox"/>	Profession :			
Nom et adresse employeur :				

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL (famille d'accueil...)**

Qualité :			Autorité parentale : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	
Nom d'usage :			Nom naissance :	
Prénoms :				
Adresse :				
Code postal :		Ville :		
Téléphone fixe :	Téléphone portable :		Téléphone professionnel :	
Courriel :	@			
Situation familiale :	Marié <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	Divorcé <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/>
En activité : <input type="checkbox"/>	Profession :			
Nom et adresse employeur :				

**REGIME SOCIAL**

Allocataire CAF : <input type="checkbox"/>	Allocataire MSA : <input type="checkbox"/>	Autres (précisez) :	
Nom et prénom de l'allocataire :			Numéro allocataire :
<b>Quotient familial en cours :</b>	<b>Tournez la page S.V.P</b>		

ENFANTS DU FOYER (merci d'indiquer <b>tous les enfants</b> composant le foyer)								
Nom	Prénom	Sexe	A charge (O/N)	Date de naissance	Etablissement scolaire fréquenté à la rentrée 2017/2018	Classe en 2018/2019	Compagnie assurance scolaire	Numéro de police Assurance scolaire

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant dans ce dossier. ***Je m'engage à signaler immédiatement, à la CCAVM, tout changement dans ma vie professionnelle ou familiale.***

Je reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux différentes activités, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Fait à :                              Nom et prénom

Nom et prénom

Le :                                      Signature

Signature

**Document à produire, lors d'une première inscription scolaire, à la Mairie du lieu d'école en vue de la délivrance du certificat d'inscription par le Maire de la commune siège de l'école**