

FAMILLE : ..... Adhérent 2022 n° .....

Adresse .....

C.P. .... Commune .....

Téléphone domicile : .....  Liste rouge

Email : .....

# Accueil de Loisirs 2022

<http://www.brianceroselle.fr>

## RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

NOM et Prénom du père : .....

Marié  Divorcé  Célibataire  Autre.....

Date de naissance : ..... N° de portable.....

Profession.....

Régime général (Sécurité sociale.)  MSA  Fonctionnaire  Autre .....

Téléphone pour vous joindre au travail : .....

NOM et Prénom de la mère : .....

Marié  Divorcé  Célibataire  Autre.....

Date de naissance : ..... N° de portable.....

Profession.....

Régime général (Sécurité sociale.)  MSA  Fonctionnaire  Autre .....

Téléphone pour vous joindre au travail : .....

## RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LES ENFANTS

<u>ENFANT 1</u>		<u>ENFANT 2</u>		<u>ENFANT 3</u>		<u>ENFANT 4</u>	
<b>NOM :</b>		<b>NOM :</b>		<b>NOM :</b>		<b>NOM :</b>	
<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>		<b>Date de naissance :</b>		<b>Date de naissance :</b>		<b>Date de naissance :</b>	
Rattaché à l'organisme social <input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres		Rattaché à l'organisme social <input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres		Rattaché à l'organisme social <input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres		Rattaché à l'organisme social <input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Autres	
<b>Autorisé à se baigner</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Autorisé à se baigner</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Autorisé à se baigner</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Autorisé à se baigner</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Sait nager</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Sait nager</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Sait nager</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Sait nager</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Autorisé au transport collectif</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Autorisé au transport collectif</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Autorisé au transport collectif</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<b>Autorisé au transport collectif</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## INFORMATIONS OBLIGATOIRES

**MEDECIN DE FAMILLE**

**NOM :**

**Lieu d'exercice :**

**Téléphone :**

**INFOS DES PARENTS**

Nombre total d'enfants dans la famille : .....

Dont.....majeurs

**Montant revenus imposables :**

**Conjoint 1 :** ..... **Conjoint 2 :** .....

**Nombre de parts :** .....

**JOINDRE** une copie du ou des avis d'imposition

**INFOS IMPORTANTES**

**Compagnie d'assurance :**

**N° de Police d'assurance :**

**Allocataire C.A.F. :**  OUI  NON

N° d'allocataire : .....

**Passport Jeunes :**  OUI  NON

