

(à renvoyer par mail à : enfance@payssegali.fr ET à l'A-C-M fréquenté :
acmileauxenfants@payssegali.fr - acmloulousetterreurs@payssegali.fr - acmenfantsauvages@payssegali.fr -
acmbulleverte@payssegali.fr)

Inscription à :

A-C-M Ile aux enfants A-C-M Loulous et Terreurs A-C-M Les enfants Sauvages A-C-M La Bulle Verte

NOUVELLE FAMILLE OUI NON

RESPONSABLE 1

Civilité : Madame Monsieur
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Adresse mail : Tél :
 Profession : Tél Professionnel :
 Employeur : Adresse Employeur :

Situation :

Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (à compléter) :
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union Libre

Organismes Tiers

CAF MSA Autre régime (à préciser) :
 N° d'allocataire : NOM de l'allocataire :
 Quotient familial (*attestation à fournir sur le portail famille*) :

RESPONSABLE 2

Civilité : Madame Monsieur
 Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Adresse mail : Tél :
 Profession : Tél Professionnel :
 Employeur : Adresse Employeur :

Situation :

Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (à compléter) :
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Union Libre

Organismes Tiers : Si différent du responsable 1

CAF MSA Autre régime (à préciser) :
 N° d'allocataire : NOM de l'allocataire :
 Quotient familial (*attestation à fournir sur le portail famille*) :

INFORMATIONS ENFANTS RENTREE 2021/2022

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ECOLE FREQUENTEE	CLASSE
1					
2					
3					
4					

AUTRES RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES :

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers (maladie, handicap, allergie...) ?

.....

.....

L'accueil de loisirs travaillera avec vous pour les aménagements nécessaires, permettant la participation de votre enfant.

Autorisation à consommer sur place des réalisations culinaires faites dans le cadre des activités OUI NON

Autorisation donnée à la Directrice ou à son suppléant à transporter mes enfants dans son véhicule pour les besoins du Centre OUI NON

FACTURATION

➤ Prélèvement automatique

<input type="checkbox"/> pas de prélèvement automatique
<input type="checkbox"/> renouvellement du prélèvement automatique déjà mis en place
<input type="checkbox"/> mise en place du prélèvement automatique / fournir un RIB et le mandat de prélèvement rempli et signé (disponible sur le portail famille)

➤ cas des familles séparées

Adresse de facturation	<input type="checkbox"/> Responsable 1 <input type="checkbox"/> Responsable 2
-------------------------------	---

➤ cas des familles séparées en garde alternée, (un formulaire à compléter par parent et création d'un compte personnel sur le portail famille pour chacun des représentants légaux – codes d'accès seront fournis ultérieurement

<input type="checkbox"/> factures communes	Adresse de facturation <input type="checkbox"/> Responsable 1 <input type="checkbox"/> Responsable 2
<input type="checkbox"/> factures séparées	<input type="checkbox"/> garde du lundi au dimanche <input type="checkbox"/> autre* (à préciser).....
	Responsable 1 : <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire Responsable 2 : <input type="checkbox"/> semaine paire <input type="checkbox"/> semaine impaire

* Une journée ne peut pas être coupée en deux :

Exemple non réalisable : du vendredi soir semaine paire au vendredi matin semaine impaire

Exemple réalisable : du vendredi semaine paire au jeudi semaine impaire

Je soussigné(e)..... certifie :

- que les renseignements portés sur la présente fiche d'inscription sont exacts, et je m'engage à signaler au **service administratif du PAYS SEGALI Communauté et à l'A-C-M** toute modification,
- avoir pris connaissance du règlement intérieur des A-C-M et en accepte les conditions.

Fait à Le

Signature du Responsable 1 :

Signature du responsable 2 :