



## Service administratif



**ETE 2019**

### Saint Jean de Boiseau

#### ENFANT A INSCRIRE :

Sexe F/M	NOM	PRENOM	Date de Naissance	AGE	CLASSE

**PARENT 1**(père ☐ mère ☐) ou ASSISTANT FAMILIAL ☐ ou AUTRE ☐ (Précisez : .....)

NOM PRENOM

Date de naissance : à

ADRESSE

Tél domicile : / / / / Portable : / / / / Tél du Travail : / / / / /

Mail : @

**PARENT 2**(père ☐ mère ☐) ou ASSISTANT FAMILIAL ☐ ou AUTRE ☐ (Précisez : .....)

NOM PRENOM

Date de naissance : à

ADRESSE

Tél domicile : / / / / Portable : / / / / Tél du Travail : / / / / /

Mail : @

**NOM(S) PRENOM(s) et ADRESSE de la (des) personnes(s) à facturer :**

REGIME DE LA PERSONNE A FACTURER : Merci de fournir une attestation CAF

CAF de L.A ☐ N° d'allocataire :

QUOTIEN FAMILIAL :

MSA ☐ N° d'allocataire :

QUOTIEN FAMILIAL :

**EN L'ABSENCE DE JUSTIFICATIF NECESSAIRE AU CALCUL DU TARIF, LE TARIF MAXIMUM SERA APPLIQUE.**

Je soussigné(e) ou Nous soussignons : .....

Responsable(s) légal (aux) de l'enfant (des enfants) déclare (ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A ..... LE

LU ET APPROUVE

SIGNATURE :