



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Contacts Mairie :

☎ : 02 96 86 00 64

📠 : 02 96 86 19 77

ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... AGE :

FAMILLE – RESPONSABLE LEGAL

PERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. (domicile) :

Portable :

Travail :

Email :

MERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. (domicile) :

Portable :

Travail :

Email :

SOCIAL

N° de sécurité sociale CPAM ou MSA :

N° allocataire CAF ou MSA (**obligatoire**) :

Nom et N° d'assurance responsabilité civile :

(Fournir l'attestation d'assurance)

AUTORISATION D'UTILISATION DE SERVICE CAFPRO

Je soussigné(e) père, mère, tuteur

Parent(s) de l'enfant

Autorisons ou n'autorisons pas

Le personnel habilité par la mairie à consulter le service internet CAFPRO
dans le cadre du dossier d'inscription de facturation de mon enfant.

LISTE DES ADULTES AUTORISES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom/Prénom	Numéro de téléphone	En qualité de

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et en accepter les conditions.

Je m'engage à signaler tout changement intervenu en cours d'année

Fait à, le

Signature