



Service administratif

SEJOUR 2019

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 :