

Représentant 1

Genre :	☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre
Prénom* :	
Nom* :	
Date de naissance* :	
Payeur principal* : (1 seule personne dans le foyer)	☐ Oui ☐ Non <i>Les factures seront émises au nom de cette personne</i>
Adresse* : N° + Voie + Complément :	
Code postal :	
Ville :	
Mobile* :	
Refuse d'être contacté par SMS :	☐ Oui ☐ Non
Téléphone :	
Courriel :	
Refuse d'être contacté par mail :	☐ Oui ☐ Non
INFORMATIONS FACTURATION	
Allocataire CAF Alpes de Haute Provence ou MSA Alpes Vaucluse :	☐ Oui ☐ Non* <i>*Fournir avis d'imposition année N-2 pour application des tarifs modulés (uniquement pour les résidents)</i>
Numéro d'allocataire :	
Adhérent zéro papier* :	☐ Oui* ☐ Non <i>Factures uniquement disponibles sur le portail famille</i>

Représentant 2

Genre :	☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre
Prénom* :	
Nom* :	
Date de naissance* :	
Payeur par défaut* : (1 seule personne dans le foyer)	☐ Oui ☐ Non <i>Les factures seront émises au nom de cette personne</i>
Adresse* : N° + Voie + Complément :	☐ Identique au représentant 1
Code postal :	
Ville :	
Mobile* :	
Refuse d'être contacté par SMS :	☐ Oui ☐ Non
Téléphone :	
Courriel :	
Refuse d'être contacté par mail :	☐ Oui ☐ Non

INFORMATIONS FACTURATION

Les informations ci-dessous sont
identiques au représentant 1 :

☐ Oui ☐ Non

Allocataire CAF Alpes de Haute
Provence ou MSA Alpes Vaucluse :

☐ Oui ☐ Non*

*Fournir avis d'imposition **année N-2** pour application des
tarifs modulés (uniquement pour les résidents)

Numéro d'allocataire :

Adhérent zéro papier* :

☐ Oui ☐ Non

Factures uniquement disponibles sur le portail famille

Enfant 1

Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre

Prénom* :

Nom* :

Date de naissance* :

Adresse* :

☐ Identique au représentant 1

☐ Identique au représentant 2

Lien avec représentant 1* :

Autorité parentale

Représentant 1* :

☐ Oui ☐ Non

Lien avec représentant 2* :

Autorité parentale

Représentant 2* :

☐ Oui ☐ Non

Allergies* (alimentaires,
médicamenteuses, autres) :

Projet d'Accueil Individualisé* :

☐ Oui* ☐ Non

*Fournir PAI

En situation de handicap* :

☐ Oui* ☐ Non

*Fournir attestation MDPH

Commentaire santé de l'enfant
(difficultés de santé, traitement
médical, recommandations...) :

Enfant 2

Genre : ☐ Féminin ☐ Masculin ☐ Autre

Prénom* :

Nom* :

Date de naissance* :

Adresse* :

☐ Identique au représentant 1

☐ Identique au représentant 2

Lien avec représentant 1* :

Autorité parentale Représentant 1* :	☐ Oui ☐ Non
Lien avec représentant 2* :	
Autorité parentale Représentant 2* :	☐ Oui ☐ Non
Allergies* (alimentaires, médicamenteuses, autres) :	
Projet d'Accueil Individualisé* :	☐ Oui* ☐ Non *Fournir PAI
En situation de handicap* :	☐ Oui* ☐ Non *Fournir attestation MDPH
Commentaire santé de l'enfant (difficultés de santé, traitement médical, recommandations...) :	

Garde alternée

Enfant 1 :	☐ Oui ☐ Non
Enfant 2 :	☐ Oui ☐ Non

Pièce obligatoire à fournir : Documents officiels des droits de garde avec le justificatif de l'autorité parentale et le planning de garde (copie du jugement du tribunal ou convention parentale résidence alternée).

Inscription

Merci d'indiquer le service que vous êtes le plus susceptible d'utiliser. Cette question est posée à des fins de gestion interne uniquement et ne limite en rien votre accès à l'ensemble des services proposés* :	☐ Périscolaire Haut Verdon ☐ Accueil de loisirs Haut Verdon (Allos) ☐ Accueil de loisirs Annot/Entrevaux ☐ Accueil de loisirs St André/Barrême
Situation du foyer* :	☐ Résident : Si les responsables légaux : - Habitent ou travaillent à l'année sur le territoire - Justifient d'un emploi saisonnier sur le territoire - Justifient d'une résidence secondaire ou d'une résidence familiale sur le territoire ☐ Non résident
PERMISSIONS*	
Accès aux droits VACAF ALSH et/ou VACAF AVE sur les sites dédiés de la CAF :	☐ Autorisation ☐ Interdiction
Appliquer de la crème solaire :	☐ Autorisation ☐ Interdiction
Baignade lors des sorties :	☐ Autorisation ☐ Interdiction
Filmer/Photographier pour un usage externe :	☐ Autorisation ☐ Interdiction
Filmer/Photographier pour un usage interne :	☐ Autorisation ☐ Interdiction
Prise de médicaments avec ordonnance :	☐ Autorisation ☐ Interdiction
Transport en commun et sorties extérieures organisées :	☐ Autorisation ☐ Interdiction

HABILITATIONS*

Venir chercher l'enfant : ☐ Représentant 1
☐ Représentant 2
☐ Autres personnes*

*Autres : Préciser nom, prénom, téléphone et lien avec le(s) enfant(s)

ATTESTATION*

☐ Certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement périscolaire et extrascolaire, l'accepter et le respecter.

Pièces obligatoires

Représentants * :	☐ Justificatif de domicile ☐ Livret de famille (pages des parents + enfant)
Enfant 1* :	☐ Carnet de vaccination ☐ Attestation d'assurance
Enfant 2* :	☐ Carnet de vaccination ☐ Attestation d'assurance
Si résidence principale hors du territoire mais emploi sur le territoire :	☐ Attestation employeur
Si résidence secondaire sur le territoire :	☐ Justificatif de domicile de la résidence secondaire
Si résidence familiale sur le territoire :	☐ Attestation sur l'honneur d'accueil des enfants ☐ Justificatif de domicile de la résidence familiale

Date :

Signature :

Ce document et les pièces obligatoires sont à retourner par mail ou par courrier à :

service.enfance.jeunesse@ccapv.fr

Service Enfance Jeunesse, Antenne CCAPV
Maison de Pays, 04370 BEAUVEZER