

**SERVICE JEUNESSE**

MAIRIE,

Rue Amédée Savidan

72120 Saint Calais

Tél : 02.43.35.78.25**Mail:** servicejeunessesstcalais@gmail.com**Dossier Famille à Compléter**

Date :

FAMILLE (personne à qui sera adressée la facture)

Mme – Mr NOM :

Prénom :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Tél fixe : Liste rouge Tél portable :

@mail :

Situation familiale : Marié(e) PACSÉ(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire

Autre :

ALLOCATIONS FAMILIALES

Nom de l'allocataire :

→ Vous dépendez de la CAF : N° d'allocataire CAF _ _ _ _ _ Quotient :

→ Vous dépendez d'un autre organisme : MSA N° d'allocataire _ _ _ _ _Autre Préciser.....

Nombre total d'enfants : Nombre d'enfants à charge :

PERSONNES À CONTACTER ET/OU AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

	N° de téléphone
Noms / Prénoms :	
-.....
-.....
-.....
-.....

JEUNE

Né le :/...../..... à Département :..... Nationalité :.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél portable :@mail :

Code postal : Ville :

Médecin traitant

Nom / Prénom :

Téléphone :

Allergie(s) :

Régime alimentaire :

Antécédents médicaux :

Maladie :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) Monsieur/ Madame (nom, prénom).....

Autorise mon enfant (nom, prénom).....

dont je suis le Père/ la Mère/ le Tuteur légal

À être véhiculé par l'équipe d'animation du Service Jeunesse de la ville de St Calais.

OUI

NON

Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant pour les différents médias

OUI

NON

(bulletin, site internet, Facebook, Instagram, ...)

À utiliser le matériel du service jeunesse seul ou en groupe pour l'animation

OUI

NON

À partir du service jeunesse seul à la fin de l'animation

OUI

NON

À partir du service jeunesse seul à tout moment de la journée

OUI

NON

Fait à, le.....

Signature du représentant légal