

## DEMANDE DE CARTE CLUB

Vous pouvez bénéficier de la carte club en fonction de vos ressources. Elle pourra vous octroyer des réductions

Nombre total de personnes composant le foyer : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

Remplir dans le tableau ci-dessous avec l'ensemble des enfants à charge :

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>

Date  Signature

**RENOUVELLEMENT** de la carte club à faire impérativement 1 mois avant la fin de validité mentionnée sur celle-ci

### Pièces à joindre

Pour une famille de plusieurs enfants, ne fournir qu'un seul exemplaire des pièces.

	Affaires scolaires	CALME	CCAS - Carte Club
Livret de famille (pages parents et enfants)	✓		✓
Copie du dernier Avis d'imposition	✓	✓	✓
Attestation d'assurance		✓	
Fiche sanitaire et de renseignements (Disponible en ligne ou au bureau du CALME)		✓	
Carnet de vaccinations		✓	
Copie Justificatif de domicile	✓		✓ trois derniers mois
Photographie d'identité par enfant			✓
Justificatifs prestations CAF		✓ Attestation	✓ Historique (prestations enfants)
Justificatif d'affiliation du régime de sécurité social de l'année en cours		✓	



# PÔLE ENFANCE - SOCIAL

9 avenue René Froger  
05100 BRIANÇON

## ENFANT

NOM :   
 NOM d'usage :  SEXE : M  F   
 Prénom(s) :  /  /   
 Né(e) le :  Lieu de naissance (commune et département) :   
 Adresse :   
 Code postal :  Commune :

## RESPONSABLES LÉGAUX

Mère	Père
NOM de jeune fille : .....	NOM marital (nom d'usage) : .....
NOM marital (nom d'usage) : .....	
Prénom : .....	Prénom : .....
Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : .....Commune : .....	Code postal : .....Commune : .....
Téléphone portable : .....	Téléphone portable : .....
Fax : .....	Fax : .....
Courriel : .....	Courriel : .....
Profession : .....	Profession : .....
Employeur : .....	Employeur : .....
Tél travail : .....	Tél travail : .....

Situation de famille\* : Mariés, Vie Maritale, Pacs, Célibataire, Divorcés, Séparés, Veuf(ve) \*entourez

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale :  Oui  Non  
 Organisme : .....  
 Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 Téléphone domicile : ..... Tél portable : ..... Tél / fax : .....  
 Tél travail ..... Numéro de poste : ..... Courriel : .....

## ASSURANCE

Responsabilité civile :  oui  non Individuelle Accident :  oui  non  
 Compagnie d'assurance : ..... Numéro de police d'assurance : .....

## AUTORISATION (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

	Mère	Père
J'autorise la communication de mon adresse.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé et la publication des images.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

# AFFAIRES SCOLAIRES

ANNÉE SCOLAIRE : 2019-2020

## INSCRIPTION SCOLAIRE

Ecole : ..... Niveau : ..... Classe : .....

## INFORMATIONS DIVERSES

Observations ou problèmes particuliers :

.....  
.....

Les allergies alimentaires et autres, doivent faire l'objet d'un PAI délivré par la Médecine scolaire. Afin d'être pris en compte ce dernier doit nous être remis par vos soins.

**Tout changement de situation (adresse, téléphone, jugement de divorce...) doit impérativement être signalé aux affaires scolaires.**

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :

Pour les demandes de dérogation de secteur, retirer l'imprimé et le joindre au dossier.

# C.A.L.M.E.

## INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS

Numéro CAF (impératif) : ..... Numéro sécurité sociale : .....

Régime de protection sociale :  Régime Général  M.S.A.  Autres

## DOSSIER MÉDICAL ENFANT

Les allergies (alimentaires et autres) doivent faire l'objet d'un PAI délivré par la Médecine Scolaire ou du directeur de l'école.

Afin d'être pris en compte ce dernier ou l'ordonnance récente doit nous être remis par vos soins

Merci de compléter la fiche sanitaire & de renseignements ci-jointe

## AUTORISATION DE SORTIE

Autorisation pour que mon enfant puisse rentrer seul après les activités :

Toute sortie seule du mineur, doit répondre aux critères suivants :

- Le mineur doit avoir plus de 7 ans ;
- L'autorisation doit se faire dans les temps d'accueils du C.A.L.M.E.

Autorisation pour que mon enfant puisse être récupéré par une tierce personne après les activités :

L'adulte autorisé doit se munir de sa carte nationale d'identité, pour pouvoir récupérer le mineur.

Cette autorisation décharge le personnel du CALME de toute responsabilité à compter du départ de mon enfant.

Merci de compléter la fiche sanitaire et de renseignements pour valider toute autorisation de sortie

## RÈGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) : .....

Représentant(e) légale(e) de l'enfant : .....

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur [www.ville-briancon.fr](http://www.ville-briancon.fr)

**Tout changement de situation (adresse, téléphone, jugement de divorce, vaccins, contre indication...) doit impérativement être signalé .**

Date

Signature des parents  
Précédée de la mention "Lu et approuvé"