



Inscription : Ados Mercredi Vacances

Adresse mail *: Commune :

(*Obligatoire pour l'ouverture d'un compte)

INFORMATIONS FAMILLE		
	Représentant légal 1	Représentant légal 2
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date (jj/mm/aaaa) ville & département	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone fixe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numéro d'allocataire (CAF, MSA)*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si vous êtes séparés, qui prend en charge la facturation ?

- En garde alternée, chaque parent complète un formulaire pour ouvrir son compte personnel
 Sinon une seule facturation est adresser à un des représentants légaux : Père Mère Autre

INFORMATIONS ENFANTS					
Nom	Prénom	Sexe	Établissement scolaire	Classe (année scolaire en cours)	Date de naissance jj/mm/aaaa
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VISA DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Je soussigné(e), responsable légal(e) de(s) enfant(s)

Je soussigné(e), responsable légal(e) de(s) enfant(s)

- M'engage à signaler à la collectivité tout changement de situation qui interviendrait en cours d'année
- M'engage à fournir à la collectivité les pièces obligatoires à la constitution du dossier
- Certifie sur l'honneur exact l'ensemble des informations déclarées ci-dessus

Fait à (pour servir et valoir ce que de droit) le

*Pour les personnes ni allocataires CAF ou MSA envoyer la copie du dernier avis d'imposition.

Formulaire à enregistrer et à joindre par mail à servicejeunesse@cc-hvs.fr