



FICHE FAMILLE / ALSH

2019 - 2020

Réservé PLM CB

- Certificat médical
- Fiche de liaison
- Autorisation photos
- Entrée fichier
- Saisie Noethys
- Responsabilité civile

Enfant

NOM : Prénom :

Né(e) le : Age : Sexe : M - F

Adresse : Quartier :

Code Postal : Ville : Votre enfant a-t'il un dossier MDPH ? : Oui
 Non

Responsable

NOM : Prénom :

Tél domicile : Portable : Tél Travail :

Mail :

Adhésion / Quotient familial

Adhésion de
septembre 2019 à août 2020

N° d'allocataire CAF : ou autre :

Votre quotient CAF : Qf 2019 : Qf 2020 : (fournir votre attestation CAF, merci)

Qf 2019	Quotient CAF	>1000	801<QF<999	561<QF<800	480<QF<560	377<QF<479	<376
	Code PLM CB	A	B	C	D	E	F
	Adhésion PLM CB (Sept - Août)	46 €	41 €	35 €	31 €	30 €	28 €
Qf 2020	Quotient CAF	>1000	801<QF<999	561<QF<800	480<QF<560	377<QF<479	<376
	Code PLM CB	A	B	C	D	E	F
	Adhésion PLM CB (Sept - Août)	46 €	41 €	35 €	31 €	30 €	28 €

Ou frais de dossier :

Du 2 sept au 5 janv :
 FD1 - Montant 16 € / réglé par le

Du 6 janv à 26 avril :
 FD2 - Montant 16 € / réglé par le

Du 27 avril au 31 août :
 FD3 - Montant 16 € / réglé par le

Adhésion réglée par
 le

Juillet 2020 :
 FD été 1 - Montant 5 € / réglé par le

Août 2020 :
 FD été 2 - Montant 5 € / réglé par le

Date

Signature :

Engagement

Rappel : règlements à l'inscription

L'inscription n'est définitive que pour les périodes déjà réglées. Elle doit être faite au plus tard 1 semaine avant le séjour (pour mercredi avant le jeudi 12h00 de la semaine avant), en cas d'annulation ou de modification, 1 semaine avant le séjour, 10% resteront acquis au PLMCB. Sans annulation, seuls seront remboursés les cas de forces majeures et uniquement sur présentation d'un certificat médical.

Pour les adhérents de l'ALSH :

Je soussigné(e) responsable de

lien de parenté avec l'enfant :

	Oui	Non
J'accepte que le PLMCB accède à mes données CAFPRO (quotient familial) à partir de mon numéro d'allocataire CAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date : Signature :

	Oui	Non
Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du PLMCB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'accepte le règlement intérieur du PLMCB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

J'autorise le PLMCB à utiliser les photos et vidéos sur les documents de communication du PLMCB, sans contrepartie financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après les activités de l'ALSH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

J'autorise les responsables du PLMCB à faire hospitaliser mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Je déclare que mon enfant est couvert par une assurance Responsabilité Civile individuelle ou familiale et m'engage à fournir une attestation avec le dossier (Attestation délivrée pour servir et faire valoir ce que de droit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Date : Signature :