

**PROFESSION**

*En activité Sans emploi*

*Autre*

Profession : …………………………………………..

Employeur : ………………………………………….

Adresse : ………………………………………………

Téléphone : …………………………………………..

**PROFESSION**

*En activité Sans emploi*

*Autre*

Profession : …………………………………………..

Employeur : ………………………………………….

Adresse : ………………………………………………

Téléphone : …………………………………………..

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Dossier Centre de Loisirs

**2021/2022**

VILLE DE GENAY

# Ce document est à retourner signé. Il faut impérativement télécharger et enregistrer sur votre espace citoyens les pièces suivantes :

Dernier avis d’impôts ou attestation CAF Photocopie du carnet de santé Justificatif de domicile\* Jugement de divorce Contrat financier pour prélèvement automatique (obligatoire pour les hors résidents)

*\*de – 3 mois : bail de location, acte de vente, quittance de loyer, facture d’électricité, eau ou gaz avec consommation.*

# Tout dossier incomplet, non signé ou non parvenu avant le début des vacances ne sera pas validé.

Service : Animation Jeunesse et Sport  Guichet Unique

*Téléphone : 04 72 08 78 88 - Courriel* ***:*** [*guichetunique@villedegenay.com*](mailto:guichetunique@villedegenay.com) *Horaires : Lundi, jeudi et vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h Mardi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 19h Samedi de 9h à 11h30*

*ENFANTS*

Nom : ……………………………………….

Prénom : ………………………………….

Né(e) le : …………………………………..

A : …………………………………………….

Fille Garçon

Centre de Loisirs :

Genay Planète Jeune 6-16 Ile aux Trésors 3-5

Mercredis :

Régulier Occasionnel

Nom : ……………………………………….

Prénom : ………………………………….

Né(e) le : …………………………………..

A : …………………………………………….

Fille Garçon

Centre de Loisirs :

Genay Planète Jeune 6-16 Ile aux Trésors 3-5

Mercredis :

Régulier Occasionnel

Nom : ……………………………………….

Prénom : ………………………………….

Né(e) le : …………………………………..

A : …………………………………………….

Fille Garçon

Centre de Loisirs :

Genay Planète Jeune 6-16 Ile aux Trésors 3-5

Mercredis :

Régulier Occasionnel

*PARENTS*

**Madame :** …………………………………………………………………………………….

Prénom : ………………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………

Tél domicile : …………………………………………………………….…………………

Portable : ………………………………………………………………………………………

Mail : ……………………………………………………………………………………………..

**Situation** :

Marié Divorcé Pacsé Vie maritale Célibataire

**Monsieur** :……………………………………………………………………………………….

Prénom : …………………………………………………………………………………………

Adresse : …………………………………………………………………………………………

Tél domicile : ………………………………………………………………………………….

Portable : ……………………………………………………………………………………….

Mail : ………………………………………………………………………………………………

**Situation** :

Marié Divorcé Pacsé Vie maritale Célibataire Autre

*PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L’ENFANT ET/OU A PREVENIR EN CAS D’URGENCE*

*A prendre en charge*

*A prévenir en cas d’urgence*

*Nom :…………………………….. Prénom : ………………………..…*

*Tél fixe : ……………………….. Portable :……………………………*

*Lien avec l’enfant :*

*Grands parents*

*Oncle / Tante*

*Ami(e)*

*Autre Nourrice*

*Assistante maternelle*

*A prendre en charge*

*A prévenir en cas d’urgence*

*Nom :…………………………….Prénom : …………………....…………..*

*Tél fixe : ………………………..Portable :…………………….…………..*

*Lien avec l’enfant :*

*Grands parents*

*Oncle / Tante*

*Ami(e)*

*Autre Nourrice*

*Assistante maternelle*

*A prendre en charge*

*A prévenir en cas d’urgence*

*Nom :…………………………….. Prénom : …………………………..*

*Tél fixe : ……………………….. Portable :……………………………*

*Lien avec l’enfant :*

*Grands parents*

*Oncle / Tante*

*Ami(e)*

*Autre Nourrice*

*Assistante maternelle*

*A prendre en charge*

*A prévenir en cas d’urgence*

*Nom :…………………………….. Prénom : …………………………..*

*Tél fixe : ……………………….. Portable :……………………………*

*Lien avec l’enfant :*

*Grands parents*

*Oncle / Tante*

*Ami(e)*

*Autre Nourrice*

*Assistante maternelle*

*REGIME ALLOCATAIRE*

Nom et prénom de l’allocataire : ……………………………………………………….Numéro allocataire : ……………………………………

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou Autre) Sans régime

*FACTURATION*

Prélèvement automatique (obligatoire pour les hors résidents) : OUI (si oui, contrat existant : Oui

Non)

Désignation du payeur pour la famille (obligatoire) : Nom : ………………………………….Prénom : …………………………………….

Qualité (père, mère, ….) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

*ATTESTATIONS SUR L’HONNEUR*

Je soussigné(e) Mme, M. Mère, père, tuteur du (des) enfants

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Atteste sur l’honneur, l’exactitude des renseignements fournis et m’engage à prévenir le service Guichet Unique de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale…)

Autorise les responsables de la Mairie à prendre en cas d’urgence les dispositions (de transport, d’hospitalisation ou d’intervention cliniques …) jugées indispensables pour la santé de mon (mes) enfant(s), y compris le faire transporter à l’hôpital le plus proche.

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné au service guichet unique. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Genay.

Signature : Le :