

FICHE D'AUTORISATIONS

C.A.F.P.R.O.

Nom de l'allocataire :

N° allocataire CAF Haute-Garonne :

La Mairie de Colomiers et la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne ont signé une convention de service pour la consultation du quotient familial enregistré dans la base allocataire, propriété de la CAF de la Haute-Garonne (31), par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé CAFPRO.

Autorisez-vous la Mairie de COLOMIERS à consulter votre quotient familial ?

oui non

RÉGIME GÉNÉRAL : oui non
Aéro. MSA Armée
Autre :

DROITS A L'IMAGE

L'organisateur peut être amené à prendre des photographies et/ou vidéos de vos enfants pendant les activités à des fins de communication relative à valoriser la vie de la commune.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photo ou filmé, il vous appartient d'envoyer une lettre indiquant votre refus. Celle-ci devra être adressée à la Direction Vie Citoyenne et Démocratie Locale.

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

Conformément à l'article 34 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir communication et le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en vous adressant au service Vie des quartiers.

Dans le cas où les responsables ne peuvent être joints, merci de nous communiquer les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre l'enfant en charge.

AUTRES PERSONNES

Nom - Prénom :

À contacter en cas d'urgence Autorisation de prise en charge

Lien de parenté avec l'enfant :

Adresse complète :

Téléphone (fixe et portable) :

Téléphone professionnel :

Autorisation pour tous les enfants Si non précisez lequel :

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et atteste de l'exactitude des informations figurant dans le présent dossier.

Fait à Colomiers, le Signature(s) :

Ville de Colomiers

Direction Vie Citoyenne et Démocratie Locale

Service Vie des quartiers

DOSSIER FAMILLE

Dossier à retirer et à déposer dans la Maison citoyenne la plus proche de chez vous.

maison
CITOYENNE

NOM

QUARTIER DE RÉSIDENCE

HORAIRES D'OUVERTURE DES MAISONS CITOYENNES

Lundi : de 9 h à 12 h 30 et de 14 h à 18 h 30

Mardi, jeudi et vendredi : de 9 h à 12 h 30 et de 14 h à 19 h

Mercredi : de 9 h à 18 h 30

Samedi : de 14 h à 19 h

HORAIRES D'OUVERTURE PENDANT LES VACANCES SCOLAIRES

Du lundi au vendredi : de 9 h à 12 h 30 et de 14 h à 19 h

Samedi : fermé



INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

RESPONSABLE LÉGAL

Père Mère Tuteur Autre
Monsieur Madame

SITUATION
Célibataire Veuf(ve) Marié(e) Vie maritale Pacsé(e)
Séparé(e) Divorcé(e) En instance de divorce/séparation

Nom Nom de jeune fille Prénom

Date et lieu de naissance

Adresse complète

Vous êtes hébergé(e) : Oui Non Chez

Téléphone domicile Téléphone professionnel

Portable personnel Portable professionnel

E-mail Profession

Employeur Adresse professionnelle

En activité : oui non

CONJOINT VIVANT AU FOYER

Père Mère Tuteur Autre
Monsieur Madame

Nom Nom de jeune fille Prénom

Date et lieu de naissance

Adresse complète

Téléphone domicile Téléphone professionnel

Portable personnel Portable professionnel

E-mail Profession

Employeur Adresse professionnelle

En activité : oui non

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL NE VIVANT PAS AU FOYER

Madame Monsieur

SITUATION
Célibataire Veuf(ve) Marié(e) Vie maritale Pacsé(e)
Séparé(e) Divorcé(e) En instance de divorce/séparation

Nom Nom de jeune fille Prénom

Date et lieu de naissance

Adresse complète

Vous êtes hébergé(e) : Oui Non Chez

Téléphone domicile Téléphone professionnel

Portable personnel Portable professionnel

E-mail Profession

Employeur Adresse professionnelle

En activité : oui non

ENFANT(S) *

1 ^{er} ENFANT	2 ^e ENFANT
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Date de naissance	Date de naissance
Ville/Pays de naissance	Ville/Pays de naissance
Nationalité	Nationalité
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Assurance scolaire :	Assurance scolaire :
Numéro de contrat :	Numéro de contrat :
3 ^e ENFANT	4 ^e ENFANT
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Date de naissance	Date de naissance
Ville/Pays de naissance	Ville/Pays de naissance
Nationalité	Nationalité
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Assurance scolaire :	Assurance scolaire :
Numéro de contrat :	Numéro de contrat :
5 ^e ENFANT	6 ^e ENFANT
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Date de naissance	Date de naissance
Ville/Pays de naissance	Ville/Pays de naissance
Nationalité	Nationalité
Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Assurance scolaire :	Assurance scolaire :
Numéro de contrat :	Numéro de contrat :

* À inscrire dans l'ordre de naissance

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

NOM ALLOCATAIRE :

ALLOCATAIRE : PCH oui non AEEH oui non

SI OUI, N° ALLOCATAIRE :