



Association Sans But Lucratif

MODELE 915F (case réservée au secrétariat des Castors)

2010

Chers Parents,
Chers Castors...

Objet: **Fiche signalétique 2010**

----- demande de renseignements: Attributaire d'Allocations Familiales

Réf: AVP2/onaf/Attestation des parents/**Fiche 2010 (Formulaire à renouveler chaque année)**

*Pour l'accueil de votre/vos enfant(s), l'asbl « Les Castors CJJM » sollicite une subvention, pour **les frais d'encadrement** et pour couvrir une partie **des frais de fonctionnement**, auprès du **Fonds d'Equipements et de services Collectifs** Service de l'Office des allocations Familiales pour travailleurs salariés. Cette subvention permet, aux Castors, de vous garantir des prix particulièrement accessibles.*

*Pour nous permettre de répondre aux différentes exigences administratives, voulez-vous bien compléter le présent formulaire d'inscription en y joignant **obligatoirement** une photocopie de votre carte d'attributaire d'allocations familiales **ou** une copie lisible du dernier extrait bancaire ou mandat postal reprenant le montant des allocations familiales.*

Remarque: si sur cet extrait bancaire devaient figurer d'autres informations vous pouvez les maculer pour les rendre illisibles.

Cette fiche signalétique + la copie de votre carte d'attributaire et/ou du dernier extrait bancaire ou mandat postal ainsi que le formulaire médical sont à rentrer au secrétariat de l'asbl « Les Castors CJJM » le premier jour de l'activité.

Attention ! si au moment de l'inscription de votre/vos enfant(s) nous ne disposons pas de ce formulaire **2010 dûment complété et accompagné de l'attestation de votre caisse d'allocation familiale, nous ne pourrions malheureusement pas/plus accueillir votre enfant.**

Vous savez qu'à la Ferme des Castors, nous mettons tout en œuvre pour l'accueil et le bien être de votre/vos enfant(s) et, pour nous permettre de préserver nos conditions particulièrement attrayantes, aidez-nous à réussir en nous rentrant ce formulaire. C'est vous qui en êtes bénéficiaires.

Je reste à votre entière disposition pour toutes les précisions que vous souhaiteriez. En vous remerciant d'avance pour votre obligeante attention et votre collaboration, je vous prie d'agréer, Chers Parents, l'expression de ma considération distinguée.

Achille Verschoren
Directeur

Siège Social : Ferme des Castors 16-18 rue du Faubourg à 6250 Aiseau.
Tél : 071/76.03.22 -- 071/74.04.75 -- Fax : 071/76.19.26. -- C.B. : 068-0825540-97
e-mail : info@castor.be ** site Web: www.castor.be

Fiche signalétique -- Accueil d'enfants

Une fiche individuelle par enfant à renouveler chaque année.

1. Données personnelles de l'enfant : (en lettre capitale)

Nom de L'enfant																
Prénom																
Rue														N°		
Code			Localité													
Né(e) le					Lieu de naissance							sexe				
Lieu(x) de vie	Où l'enfant vit-il habituellement ?			Famille			Grands Parents			Institution						
Nom + téléphone de l'institution	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 1.2em;"></div>															

2. Données familiales :

Nom du Papa																		
Prénom																		
Rue														N°				
Code			Localité															
Tél. privé					2 ^{ème} Tél / GSM													
e-mail :																		
Situation de travail - Statut : (barrer la mention inutile)	<input type="checkbox"/> Salarié			<input type="checkbox"/> Indépendant			<input type="checkbox"/> Chômeur			<input type="checkbox"/> Minimexé			<input type="checkbox"/> Sans ressource					
	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire statutaire						<input type="checkbox"/> Fonctionnaire contractuel											
Nom et numéro de téléphone de l'employeur	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 1.2em;"></div>																	

Nom de la Maman																		
Prénom																		
Rue														N°				
Code			Localité															
Tél. privé					2 ^{ème} Tél / GSM													
e-mail :																		
Situation de travail - Statut : (barrer la mention inutile)	<input type="checkbox"/> Salarié			<input type="checkbox"/> Indépendant			<input type="checkbox"/> Chômeur			<input type="checkbox"/> Minimexé			<input type="checkbox"/> Sans ressource					
	<input type="checkbox"/> Fonctionnaire statutaire						<input type="checkbox"/> Fonctionnaire contractuel											
Nom et numéro de téléphone de l'employeur	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 1.2em;"></div>																	

Qui perçoit les Allocations familiales ?	<input type="radio"/>	Papa	<input type="radio"/>	Maman										
	<input type="radio"/>	Autre	(à définir) :											
<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 1.2em;"></div>														

3. Composition du ménage : Barrer la mention inutile

Nombre d'enfants dans la famille :			
	Nom (des enfants)	Prénom (des enfants)	Date de Naissance
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

4. Caisse d'allocations familiales :

Veillez indiquer ci-dessous les renseignements concernant les allocations familiales de votre/vos enfant(s)

Nom de la Caisse d'Allocations familiales
N° de la Caisse (2 chiffres) :	

Veillez joindre obligatoirement

Soit : une photocopie de votre carte d'attributaire d'allocations familiales

Soit : ou une copie du dernier extrait bancaire ou mandat postal reprenant le montant des allocations familiales.

***Remarque:** si sur cet extrait bancaire devaient figurer d'autres informations vous pouvez les maculer pour les rendre illisibles.*

Disposez vous d'un statut V.I.P.O. (Veuf, invalide, pensionné, orphelin) Merci de joindre copie de l'attestation	Oui	Non
--	------------	------------

Veillez joindre 2 vignettes de la mutuelle de l'enfant.

(à coller ici par le coin supérieur)

5. Autorisation et décharge des parents / tuteurs / éducateurs...

Je soussigné:														
<ul style="list-style-type: none"> • autorise mon fils/fille à participer aux différentes activités organisées par l'asbl « les Castors CJJM ». • Je certifie qu'il/elle est apte physiquement à pratiquer toutes les activités prévues au programme. • J'autorise la direction à prendre toute mesure nécessaire en cas d'accident ou de maladie. • Je déclare avoir pris connaissance du règlement du centre et de m'y conformer. • Je déclare sur l'honneur, que ces données sont complètes et correctes. • Je prends bien connaissance que l'asbl « Les Castors CJJM » décline toute responsabilité en cas de perte, dégradation et/ou de vol d'objets, d'argent, de vêtements, de lunettes... • et que l'assurance R.C. des Castors ne couvre pas les soins médicaux entraînés par une maladie. En cas de maladie, je m'engage à rembourser, sans délai, les frais avancés par l'asbl « Les Castors CJJM ». 														
Date:														
Signature des parents ou tuteurs: (Nom – Prénom et titre)														

6. Fiche Médicale		<i>Notez ci-dessous tous les renseignements susceptibles d'aider le médecin en cas de besoin (ceux-ci peuvent être sous pli fermé).</i>			
Groupe Sanguin :		Remarques :			
L'enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos:		Oui	Non	Remarques :	
Date de la première injection		le:		Date du dernier rappel	le :
L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :	Oui	Non	Si Oui , quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières à prendre ? Merci de compléter si nécessaire !		
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maladie cardiaque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Affection de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Somnambulisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Insomnie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Incontinence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	(prévoir une alaise)		
Maladie contagieuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Laquelle ?		
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Sinusite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Bronchite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Saignements de nez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Maux de ventre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Coups de soleil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Constipation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Diarrhée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Vomissements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Mal de route	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Souffre-t-il d'un handicap ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	lequel ?		
L'enfant est-il allergique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si Oui décrivez le type d'allergie (à quoi ?)		
.....					
.....					
Remarque: si votre enfant devait prendre un médicament quelconque, donnez le nous, avec la posologie, nous nous chargerions de le lui donner.					
Remarques et/ou recommandations				

La personne (ou l'éducateur) à prévenir en cas d'urgence :					
Nom				Prénom	
Rue				N°	
Code Post:		Localité			
Téléphone:			GSM :		
Nom de votre médecin traitant :					
Docteur				Prénom	
Rue				N°	
Code Post:		Localité			
Téléphone:			GSM :		



Association Sans But Lucratif

Procuration des Parents

Accueil Extrascolaire.

Je soussigné(e) :

<input type="radio"/>	Père	<input type="radio"/>	Mère	<input type="radio"/>	Tuteur	<input type="radio"/>	Institution (à préciser)
<input type="radio"/>	Autre (à préciser)						
Votre Nom							
Prénom							
Rue						N°	
Code		Localité					
Tél. privé				2^{ème} Tél. / GSM			

Par cette procuration, j'autorise l'asbl « Les Castors CJJM » à demander elle-même et en mon nom, aux services communaux les attestations et/ou les extraits nécessaires pour toutes les données pour lesquelles je ne peux fournir aucune attestation.

Ainsi fait à		Le	
Signature du parent, Tuteur :			

Siège Social : « La Ferme des Castors » - rue du Faubourg, 16-18 – B 6250 Aiseau-Presles
Tél. : 071/76.03.22 -- 071/74.04.75 -- Fax : 071/76.19.26 -- e-mail : info@castor.be
Compte Bancaire : 068-0825540-97 ** www.castor.be