



## DOSSIER RESPONSABLE LEGAL

Année 2018/2019

(Merci de remplir un dossier par Facturation)

### RENSEIGNEMENTS concernant LE RESPONSABLE LEGAL allocataire CAF ou MSA

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse Mail : \_\_\_\_\_

N° de tel domicile: \_\_\_\_\_ N° de portable: \_\_\_\_\_

N° de **sécurité sociale** (sous lequel l'enfant est inscrit) : \_\_\_\_\_

N° **Allocataire** (sous lequel l'enfant est inscrit) : \_\_\_\_\_

CAF  MSA  AUTRE

Montant du quotient familial :

*Merci de fournir l'attestation de paiement de votre organisme. Sans ce justificatif, le FLEP vous facturera le tarif non allocataire.*

Nom de l'**assurance** : \_\_\_\_\_ N° d'assurance : \_\_\_\_\_

*Merci de fournir l'attestation d'assurance valable à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2018*

Nom de l'**employeur** : \_\_\_\_\_

Adresse, CP, commune de l'employeur : \_\_\_\_\_

N° de tel de l'employeur : \_\_\_\_\_

### ADRESSE DE FACTURATION AUTRE QUE LE REPRESENTANT LEGAL

Partie à remplir uniquement lorsque l'enfant ne vit pas dans son lieu de résidence habituelle durant le centre : (exemple : enfants en vacances chez grands-parents, séparation des parents...)

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° de tel domicile: \_\_\_\_\_ N° de portable: \_\_\_\_\_

*Merci de fournir un justificatif de domicile.*

### PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE DIFFICULTES LIEES AUX FACTURATIONS

Nom /Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tel : \_\_\_\_\_

Nom /Prénom : \_\_\_\_\_ N° de tel : \_\_\_\_\_

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

Souhaitez-vous informer le FLEP de certains éléments non demandés dans ce dossier ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Selon la loi « informatique et liberté », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations recueillies sur informatique, qui vous concernent.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal (nom/prénom) de(s) l'enfant (s) cf. tableau ci-dessous pour la liste des enfants déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, avoir lu et approuvé les procédures de facturation notées sur le règlement de l'ALE voté le 4/05/2012 par le bureau de l'association.

Autorise LE FOYER LAIQUE à consulter le site CAFPRO afin de mettre à jour mon quotient familial :  OUI  NON

**Signature du responsable légal, suivi de lu et approuvé, et daté.**

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS A FACTURER

1° Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

2° Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

3° Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

4° Nom et Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_