

Réservé à l'administration :

Nom de l'agent _____

Date enregistrement Technocarte _____

DOSSIER ADMINISTRATIF

Année 2017-2018

Direction Education Enfance

Informations relatives à la famille

Responsable légal 1

Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'enfant (père, mère, tuteur...) _____

Adresse _____

Ville _____

Tél. Fixe _____

Tél. Mobile _____

Tel professionnel _____

Adresse électronique _____

Numéro d'allocataire CAF* _____

Quotient Familial (QF) CAF* _____

Autorise la ville à consulter le site CAF PRO (accès QF) :

 Oui Non

Profession _____

Responsable légal 2

Nom _____

Prénom _____

Lien avec l'enfant (père, mère, tuteur...) _____

Adresse _____

Ville _____

Tél. Fixe _____

Tél. Mobile _____

Tel professionnel _____

Adresse électronique _____

Numéro d'allocataire CAF* _____

Quotient Familial (QF) CAF* _____

Autorise la ville à consulter le site CAF PRO (accès QF) :

 Oui Non

Profession _____

Situation familiale des parents Célibataire Marié Pacsé
 Union libre Divorcé Séparé Veuf**Cas de garde exclusive (fournir le jugement)** Situation de garde exclusive* : Nom et prénom du responsable légal exerçant la garde _____**Mode de réception des factures** par courrier postal par courrier électronique**Facture Restauration scolaire** Je choisis le prélèvement automatique et je fournis l'autorisation de prélèvement SEPA, le contrat complété en 2 exemplaires, ainsi que mon RIB**Critères de priorisation (vérifiés par nos services)**

-
- Activité professionnelle des responsables légaux (ou du responsable si famille monoparentale)*
-
-
- Monoparentalité
-
-
- Problématique de santé ou handicap d'un enfant de la fratrie et/ou d'un/des parents*
-
-
- Famille inscrivant plus d'un enfant de la même famille à la même activité

*Merci de fournir un justificatif (voir règlements restauration scolaire et maisons de l'enfance)

Je soussigné(e), M. / Mme _____

-
- certifie l'exactitude des informations mentionnées dans ce dossier et atteste avoir donné tous les renseignements médicaux nécessaires à l'accueil de mon/mes enfant(s)
-
-
- atteste avoir pris connaissance des règlements de la restauration scolaire et des maisons de l'enfance et m'engage à les respecter
-
-
- m'engage à signaler tout changement de situation (familiale, professionnelle, domicile...) et à maintenir à jour mes coordonnées (téléphone, mail)

Le ____/____/____, à _____ Lu et approuvé, signature :

Informations relatives à l'enfant

NOM ET PRÉNOM _____ Date de naissance _____

Nom de l'école fréquentée par l'enfant _____ Maternelle Élémentaire

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires :

- Diphtérie Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Tétanos Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Poliomyélite Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Ou DT polio Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Ou Tétracoq Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- BCG Non Oui, dernier rappel ____/____/____

Vaccins recommandés :

- Hépatite B Non Oui, Date ____/____/____
- Coqueluche Non Oui, Date ____/____/____
- Rubéole oreillons rougeole Non Oui, Date ____/____/____
- Autres (préciser) _____ Date ____/____/____

MALADIES :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Cocher la case correspondante

- Rubéole Oui Non
- Oreillons Oui Non
- Varicelle Oui Non
- Coqueluche Oui Non
- Scarlatine Oui Non
- Otite Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales (allergies alimentaires) Oui Non
- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence (asthme, diabète...) Oui Non
- L'enfant est-il en situation de handicap Oui Non
- L'enfant bénéficie d'un PAI ou CAI (Projet ou Contrat d'Accueil Individualisé) Oui Non

Attention, si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, le PAI ou CAI est à établir obligatoirement

- L'enfant a eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations). Précisez les dates et les précautions à prendre _____

- L'enfant porte-t-il un appareillage spécifique (lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire,...) Oui Non Précisez _____

- Autres recommandations _____

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul Oui Non
- J'autorise les personnes majeures suivantes à récupérer mon enfant avec une pièce d'identité :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

- J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités Oui Non
- J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de tout ou partie des enregistrements vidéos et sonores réalisés ainsi que films, vidéogrammes, produits multimédias qui en seraient issus Oui Non

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

Informations relatives à l'enfant

NOM ET PRÉNOM _____ Date de naissance _____

Nom de l'école fréquentée par l'enfant _____ Maternelle Élémentaire

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires :

- Diphtérie Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Tétanos Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Poliomyélite Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Ou DT polio Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Ou Tétracoq Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- BCG Non Oui, dernier rappel ____/____/____

Vaccins recommandés :

- Hépatite B Non Oui, Date ____/____/____
- Coqueluche Non Oui, Date ____/____/____
- Rubéole oreillons rougeole Non Oui, Date ____/____/____
- Autres (préciser) _____ Date ____/____/____

MALADIES :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Cocher la case correspondante

- Rubéole Oui Non
- Oreillons Oui Non
- Varicelle Oui Non
- Coqueluche Oui Non
- Scarlatine Oui Non
- Otite Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales (allergies alimentaires) Oui Non
- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence (asthme, diabète...) Oui Non
- L'enfant est- il en situation de handicap Oui Non
- L'enfant bénéficie d'un PAI ou CAI (Projet ou Contrat d'Accueil Individualisé) Oui Non

Attention, si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, le PAI ou CAI est à établir obligatoirement

- L'enfant a eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations). Précisez les dates et les précautions à prendre _____

- L'enfant porte-t-il un appareillage spécifique (lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire,...) Oui Non Précisez _____

- Autres recommandations _____

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul Oui Non
- J'autorise les personnes majeures suivantes à récupérer mon enfant avec une pièce d'identité :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

- J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités Oui Non
- J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de tout ou partie des enregistrements vidéos et sonores réalisés ainsi que films, vidéogrammes, produits multimédias qui en seraient issus Oui Non

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

Informations relatives à l'enfant

NOM ET PRÉNOM _____ Date de naissance _____

Nom de l'école fréquentée par l'enfant _____ Maternelle Élémentaire

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires :

- Diphtérie Non Oui, dernier rappel ____/____/____ • Ou DT polio Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Tétanos Non Oui, dernier rappel ____/____/____ • Ou Tétracoq Non Oui, dernier rappel ____/____/____
- Poliomyélite Non Oui, dernier rappel ____/____/____ • BCG Non Oui, dernier rappel ____/____/____

Vaccins recommandés :

- Hépatite B Non Oui, Date ____/____/____
- Coqueluche Non Oui, Date ____/____/____
- Rubéole oreillons rougeole Non Oui, Date ____/____/____
- Autres (préciser) _____ Date ____/____/____

MALADIES :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Cocher la case correspondante

- Rubéole Oui Non
- Oreillons Oui Non
- Varicelle Oui Non
- Coqueluche Oui Non
- Scarlatine Oui Non
- Otite Oui Non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

- L'enfant ne doit pas consommer certains aliments pour raisons médicales (allergies alimentaires) Oui Non
- L'enfant est suivi pour un problème de santé pouvant nécessiter un traitement d'urgence (asthme, diabète...) Oui Non
- L'enfant est-il en situation de handicap Oui Non
- L'enfant bénéficie d'un PAI ou CAI (Projet ou Contrat d'Accueil Individualisé) Oui Non

Attention, si vous avez répondu « oui » à l'une des questions ci-dessus, le PAI ou CAI est à établir obligatoirement

- L'enfant a eu des difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations). Précisez les dates et les précautions à prendre _____

- L'enfant porte-t-il un appareillage spécifique (lentilles, lunettes, prothèse auditive, prothèse dentaire,...) Oui Non Précisez _____

- Autres recommandations _____

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul Oui Non
- J'autorise les personnes majeures suivantes à récupérer mon enfant avec une pièce d'identité :

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

- J'autorise mon enfant à utiliser tous types de transports en commun dans le cadre des activités Oui Non
- J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de tout ou partie des enregistrements vidéos et sonores réalisés ainsi que films, vidéogrammes, produits multimédias qui en seraient issus Oui Non

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements ci-dessus et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :