

Année scolaire 2020 /2021

Cette fiche est valable pour toutes les activités proposées par le service jeunesse (accueils périscolaires, accueils de loisirs mercredis et vacances, activités jeunes et local jeunes). Ces informations doivent être les mêmes que sur le portail famille.

A vérifier par vos soins.

Situation familiale : Marié Pacsé Vie Maritale Séparé Divorcé Célibataire Veuf(ve) Famille d'accueil	
Parents :	
Père : Responsable légal <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON NOM : Prénom : Adresse : Code Postal : Ville : Profession : Employeur : Téléphone domicile : Téléphone travail : Téléphone portable : Adresse mail :@.....	Mère : Responsable légal <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON NOM : Prénom : Adresse (si différente du parent 1) : Code Postal : Ville : Profession : Employeur : Téléphone domicile : Téléphone travail : Téléphone portable : Adresse mail :@.....
Information allocataire	
Département CAF/MSA : Numéro d'allocataire CAF/MSA :	Quotient familial :
Responsable légal (autres que parents) : Nom : Prénom :	Adresse : Code Postal : Ville : Téléphone :

Autorisations parentales : (rayer les mentions avec lesquelles vous n'êtes pas en accord)

- Je déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation du service et du règlement intérieur ;
- J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du service autorisées par la réglementation y compris lorsqu'elles nécessitent un transport en autocar, minibus, ou véhicule personnel d'animateur pro ;
- J'autorise le service à prendre des photos et vidéos de mon enfant et à les diffuser, à des fins d'information, sur le site Internet (ou magazine, newsletter, page facebook) de la CCV et des communes du territoire ; j'autorise la presse locale à prendre des photos de mon enfant ; j'autorise le service communication à récupérer mon adresse mail pour l'envoi de la newsletter de la CCV ;
- J'autorise le directeur à prendre toute mesure qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés ;
- J'autorise le service jeunesse à visionner les données concernant le quotient familial CAF de la famille ;
- J'atteste avoir souscrit à un contrat d'assurance en responsabilité civile qui couvre les activités extra et péri scolaires pratiquées par mon enfant lors de la période concernée ;
- J'atteste être informé qu'en cas d'absence, les frais de séjour feront l'objet d'un remboursement uniquement sur présentation d'un certificat médical transmis au plus tard dans les 48 heures ; que l'organisateur se réserve le droit de modifier ou d'annuler les activités en cas de nécessité ; qu'en cas de perte ou de vol d'objet personnel, l'organisateur ne peut être tenu responsable ;
- J'atteste que l'équipe encadrante ne peut être tenue responsable de l'enfant en dehors des horaires mentionnés sur la plaquette d'information de chaque activité.

Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à les mettre à jour sur le portail famille en cours d'année
 Fait à :, le/...../..... **Signature :**

Enfant 1

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe : Fille Garçon

Classe Etablissement scolaire de

Régime alimentaire spécifique OUI NON Si oui précisez :

Nom du médecin traitant : Date du dernier rappel vaccin DTPolio :/...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s) : OUI NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ? OUI NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...)

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI NON**Enfant 2**

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe : Fille Garçon

Classe Etablissement scolaire de

Régime alimentaire spécifique OUI NON Si oui précisez :

Nom du médecin traitant : Date du dernier rappel vaccin DTPolio :/...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s) : OUI NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ? OUI NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...)

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI NON**Enfant 3**

Nom Prénom

Date de naissance/...../.....

Sexe : Fille Garçon

Classe Etablissement scolaire de

Régime alimentaire spécifique OUI NON Si oui précisez :

Nom du médecin traitant : Date du dernier rappel vaccin DTPolio :/...../.....

Etablissement hospitalier souhaité en cas d'urgence :

L'enfant est-il sujet à une ou plusieurs allergie(s) : OUI NON*Si oui, précisez la cause de l'allergie et les précautions à prendre.....*A-t-il un PAI ? OUI NON Si oui, nous fournir une photocopie de celui-ci

Indiquez les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, ...) en précisant les dates et les précautions à prendre.....

Autres : (lunettes, lentilles, prothèse auditive, appareil dentaire ...)

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI NON**Personnes habilitées à venir récupérer le ou les enfant(s) sur les différentes activités (autre que les parents) :**

Nom : Prénom : Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom : Qualité : Téléphone :

Nom : Prénom : Qualité : Téléphone :

Cas particulier : Personnes non autorisées à venir récupérer le ou les enfant(s) :

Nom : Prénom : Qualité : Fournir obligatoirement une copie du jugement.