

## Réservé à l'administration

T1/ T2/T3/T4/T5/T6/T7/T8/T9/T HCC

Tranches Janv-Déc 2019

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Tranches Janv-Déc 2020

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Adhésion  Espèces  Chèque N°

Chèque CESU  Chèque Vacances

## A quoi sert le dossier « tout'en 1 » ?

Il est une étape incontournable dans l'inscription de vos enfants dans les différentes structures d'accueil : écoles, restauration, transport, accueil de loisirs... C'est un dossier individuel valable du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 août 2020



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2019-2020



# L'ENFANT



NOM  Prénom

Fille  Garçon Niveau de classe 2019-2020

Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant

N° Allocataire  CAF  MSA :

NOM du bénéficiaire CAF ou MSA:

NOM et du contact en cas d'urgence :

Adresse de facturation : Mr /Mme  N°  rue

Code Postal :  COMMUNE :

## Les contacts

### Désignation de personnes habilitées majeures

Veuillez indiquer, dans le tableau ci-dessous, les personnes habilitées (autres que les responsables légaux) à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence.

NOM / Prénom		Lien avec l'enfant	Venir chercher les enfants	Être prévenue en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

# Les responsables légaux



**Le responsable légal 1** Autorité parentale  oui  non

Père  Mère  Tuteur (trice) Date de naissance :

Marié(e)  Union libre  Pacsé(e)  Veuf (ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire

NOM  Nom de Jeune Fille  Prénom

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : NOM  Prénom

Adresse N°  rue  bât  App

Code Postal :  COMMUNE

Profession :  Employeur :

☎ fixe :  ☎ portable :  ☎ pro :

Courriel :  @

J'autorise l'envoi de courriels :  oui  non J'autorise l'envoi de SMS :  oui  non

**responsable légal 2** Autorité parentale  oui  non

Père  Mère  Tuteur (trice) Date de naissance :

Marié(e)  Union libre  Pacsé(e)  Veuf (ve)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Célibataire

NOM :  Nom de Jeune Fille :  Prénom

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : NOM  Prénom :

Adresse : N°  rue :  bât :  App :

Code Postal :  COMMUNE :

Profession :  Employeur :

☎ fixe :  ☎ portable :  ☎ pro :

Courriel :  @

## La situation familiale

Si les adresses sont différentes, la résidence habituelle de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :

Responsable légal 1  Responsable légal 2

Garde alternée, merci de préciser le rythme :

*Si vous souhaitez faire valoir un jugement relatif à une séparation (garde, autorité parentale, etc.) merci d'en joindre un exemplaire à ce dossier.*

## Les autorisations

- **Sortie seule de mon enfant** (*élémentaire uniquement*) ou prise en charge par un mineur (frère/sœur)

Autorise     N'autorise pas

mon enfant à quitter seul la structure d'accueil

Autorise     N'autorise pas

mon enfant à être récupéré par son frère/sa sœur mineur

- **Droit à l'image**

Autorise     N'autorise pas

que mon enfant soit photographié et/ou filmé pour une diffusion et une publication

dans le cadre de la structure d'accueil (journaux ,bulletins locaux, site internet,documents et expositions internes)



- **Ressources annuelles**

Autorise     N'autorise pas

- la consultation et la communication des justificatifs de revenus (n° CAF ou avis d'imposition via le service CDAP de la CAF).

## Les assurances

L'assurance est obligatoire pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident).

**Responsabilité Civile** :  oui     non    **Individuelle Accident** :  oui     non

Compagnie d'assurance :  N° Police de l'assurance

## Les attestations

Je soussigné(e),

Père     Mère     Tuteur (trice)    de l'enfant :

- Certifie l'exactitude des renseignements fournis lors de l'inscription
- Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par les structures d'accueil
- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions des structures d'accueil
- M'engage à respecter le règlement en vigueur consultable dans les différentes structures d'accueil
- Autorise le personnel des structures d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- M'engage à régler les frais incombant à l'enfant dans les délais exigés

Fait le    à

**Signature des responsables légaux**

*précédée de la mention «Lu et approuvé»*

*N'oubliez pas de signaler au cours de l'année toute modification qui interviendrait dans votre situation*

*signature*

# Les renseignements médicaux



## Les vaccinations (copie des vaccins à fournir)

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Les vaccins DTP sont obligatoires** et doivent être à jour. S'il manque des vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.

## Les traitements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ?  oui  non Si oui, lequel :

L'enfant dispose-t-il d'un **PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)** ?  oui  non

Si au moins l'une des cases « oui » est cochée, pour assurer la sécurité et l'accueil de l'enfant, il sera demandé de fournir obligatoirement une copie des certificats médicaux et/ou des PAI concernés. **Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI accompagné d'une ordonnance.**

## Les maladies

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

L'enfant souffre-t-il d'allergie ?  oui  non

Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir :

## Les difficultés de santé et les recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il :

des lunettes  oui  non

des prothèses auditives  oui  non

des prothèses dentaires  oui  non

Autres à préciser :

Difficultés de santé et précautions à prendre :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?  oui  non Si oui, à préciser :

## Le médecin traitant

Nom :  