

DOSSIER ADMINISTRATIF FAMILLE

Année 2020 – 2021



Accueil De Loisirs Du Mercredi Et Des Vacances

ACCUEIL DE LOISIRS Mercredis et vacances scolaires

NOM de la Famille :

LES ENFANTS

Nom	Prénom	Date De Naissance	Classe

Documents à fournir :

- ◆ Copie du livret de Famille
- ◆ Copie du jugement en cas de séparation ou de divorce
- ◆ Copie du carnet de vaccination pour chaque enfant
- ◆ Autorisation de prélèvement et Relevé d'Identité Bancaire (RIB)
- ◆ Attestation Quotient Familial CAF ou MSA (ou copie du dernier avis d'imposition)
- ◆ Attestation d'assurance de Responsabilité Civile et Extra-scolaire
- ◆ Fiche sanitaire dûment complétée
- ◆ Projet d'Accueil Individualisé (PAI) en cours

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

	Adulte 1 <i>(responsable du dossier et destinataire de la facture)</i>	Adulte 2
Lien avec l'enfant	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> famille d'accueil	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> famille d'accueil
NOM		
Prénom		
Situation familiale		
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autorisé(e) à récupérer l'enfant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse de résidence		
Adresse de résidence principale de l'enfant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> garde alternée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> garde alternée
Email de correspondance		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Profession		
Lieux de travail		
Téléphone travail		

Informations sociales :

N° d'allocataire CAF ou MSA : _____

J'autorise la consultation de mon dossier CAF sur le logiciel CDAP et à conserver les données oui non

Quotient Familial (QF) : _____ *(Joindre une attestation du Quotient Familial)*

Assurance Responsabilité Civile et Extrascolaire

Nom de l'assurance : _____

N° de Police d'assurance : _____

(Joindre l'attestation d'assurance au nom de l'enfant)

Photo à coller

FICHE ENFANT 1

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Garçon Fille

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un traitement médical spécifique ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir l'ordonnance avec le médicament) <input type="checkbox"/> non
A-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un régime alimentaire spécifique ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des prothèses auditives ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir un certificat médical) <input type="checkbox"/> non
Remarques qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du comportement, appréhensions...)	
Souffre-t-il du mal des transports?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Se baigne-t-il ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait-il nager?	<input type="checkbox"/> oui (avec ou sans brassards / ceinture) <input type="checkbox"/> non
Possède-t-il un test d'aisance aquatique?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non

AUTORISATIONS PARENTALES spécifiques à chaque enfant: (Cocher les cases le cas échéant)

Nous, soussignés, _____

responsables légaux de l'enfant _____ :

Autorisons notre enfant à **participer à toutes les activités organisées**, y compris les sorties.

Autorisons la Mairie de Taden à **utiliser un transport collectif pour emmener notre enfant vers les lieux d'activités extérieures** définis dans les programmes d'activités et dont nous avons connaissance.

Autorisons la Mairie de Taden à **photographier/filmer notre enfant :**

Uniquement pour les activités oui non

Pour un usage interne à la structure (uniquement consultable par les parents fréquentant l'accueil) oui non

Pour un usage externe (presse, bulletin municipal, internet ...) oui non

Il est entendu que la Mairie de Taden s'interdit expressément une exploitation des photographies qui pourrait porter atteinte à l'intégrité de l'enfant, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe ou illicite.

Autorisons **notre enfant à rentrer seul à la maison** à partir de heures.

AUTORISATIONS PARENTALES

POUR TOUS LES ENFANTS DU DOSSIER :

Personnes autorisées à récupérer le(s) enfant(s) et à prévenir en cas d'urgence
(si différentes des responsables légaux). *Ces personnes devront présenter une pièce d'identité*

Nom – Prénom	Lien	Téléphone	Autorisé à récupérer l'enfant	À prévenir en cas d'urgence
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

AUTORISATIONS en cas d'urgence

Nous autorisez-vous le transfert et l'hospitalisation de votre enfant ? <i>(vous serez prévenus par la direction en parallèle)</i>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	---

En cas d'hospitalisation et d'impossibilité de vous joindre, nous autorisez-vous à faire pratiquer une anesthésie?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	---

Nom et lieu du médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Informations Municipalité
Site internet de la commune : www.taden.fr
Adresse de la Mairie : 7 rue du Manoir 22100 TADEN
Téléphone : 02 96 87 63 50
Adjointe aux Affaires Scolaires : Mme Martine Boissière
Email : contact.mairie@taden.fr

La Mairie de Taden se décharge de toute responsabilité en cas d'accident avant la venue et après le départ de l'Accueil.

Nous déclarons exacts l'ensemble des renseignements portés sur ce dossier et certifions avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement du service ainsi que du règlement intérieur, et nous engageons à aviser la structure de tout changement d'ordre familial,

Fait à _____ Le _____

Signatures des Responsables :

Photo à coller

FICHE ENFANT 2

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Garçon Fille

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un traitement médical spécifique ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir l'ordonnance avec le médicament) <input type="checkbox"/> non
A-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un régime alimentaire spécifique ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des prothèses auditives ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir un certificat médical) <input type="checkbox"/> non
Remarques qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du comportement, appréhensions...)	
Souffre-t-il du mal des transports?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Se baigne-t-il ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait-il nager?	<input type="checkbox"/> oui (avec ou sans brassards / ceinture) <input type="checkbox"/> non
Possède-t-il un test d'aisance aquatique?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non

AUTORISATIONS PARENTALES spécifiques à chaque enfant: (Cocher les cases le cas échéant)

Nous, soussignés, _____

responsables légaux de l'enfant _____ :

Autorisons notre enfant à **participer à toutes les activités organisées**, y compris les sorties.

Autorisons la Mairie de Taden à **utiliser un transport collectif pour emmener notre enfant vers les lieux d'activités extérieures** définis dans les programmes d'activités et dont nous avons connaissance.

Autorisons la Mairie de Taden à **photographier/filmer notre enfant :**

Uniquement pour les activités oui non

Pour un usage interne à la structure (uniquement consultable par les parents fréquentant l'accueil) oui non

Pour un usage externe (presse, bulletin municipal, internet ...) oui non

Il est entendu que la Mairie de Taden s'interdit expressément une exploitation des photographies qui pourrait porter atteinte à l'intégrité de l'enfant, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe ou illicite.

Autorisons **notre enfant à rentrer seul à la maison** à partir de heures.

FICHE ENFANT 3

Photo à coller

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Garçon Fille

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un traitement médical spécifique ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir l'ordonnance avec le médicament) <input type="checkbox"/> non
A-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un régime alimentaire spécifique ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des prothèses auditives ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir un certificat médical) <input type="checkbox"/> non
Remarques qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du comportement, appréhensions...)	
Souffre-t-il du mal des transports?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Se baigne-t-il ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait-il nager?	<input type="checkbox"/> oui (avec ou sans brassards / ceinture) <input type="checkbox"/> non
Possède-t-il un test d'aisance aquatique?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non

AUTORISATIONS PARENTALES spécifiques à chaque enfant: (Cocher les cases le cas échéant)

Nous, soussignés, _____

responsables légaux de l'enfant _____ :

Autorisons notre enfant à **participer à toutes les activités organisées**, y compris les sorties.

Autorisons la Mairie de Taden à **utiliser un transport collectif pour emmener notre enfant vers les lieux d'activités extérieures** définis dans les programmes d'activités et dont nous avons connaissance.

Autorisons la Mairie de Taden à **photographier/filmer notre enfant :**

Uniquement pour les activités oui non

Pour un usage interne à la structure (uniquement consultable par les parents fréquentant l'accueil) oui non

Pour un usage externe (presse, bulletin municipal, internet ...) oui non

Il est entendu que la Mairie de Taden s'interdit expressément une exploitation des photographies qui pourrait porter atteinte à l'intégrité de l'enfant, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe ou illicite.

Autorisons **notre enfant à rentrer seul à la maison** à partir de heures.

Photo à coller

FICHE ENFANT 4

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Garçon Fille

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un traitement médical spécifique ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir l'ordonnance avec le médicament) <input type="checkbox"/> non
A-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un régime alimentaire spécifique ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des prothèses auditives ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir un certificat médical) <input type="checkbox"/> non
Remarques qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du comportement, appréhensions...)	
Souffre-t-il du mal des transports?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Se baigne-t-il ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait-il nager?	<input type="checkbox"/> oui (avec ou sans brassards / ceinture) <input type="checkbox"/> non
Possède-t-il un test d'aisance aquatique?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non

AUTORISATIONS PARENTALES spécifiques à chaque enfant: (Cocher les cases le cas échéant)

Nous, soussignés, _____

responsables légaux de l'enfant _____ :

Autorisons notre enfant à **participer à toutes les activités organisées**, y compris les sorties.

Autorisons la Mairie de Taden à **utiliser un transport collectif pour emmener notre enfant vers les lieux d'activités extérieures** définis dans les programmes d'activités et dont nous avons connaissance.

Autorisons la Mairie de Taden à **photographier/filmer notre enfant :**

Uniquement pour les activités oui non

Pour un usage interne à la structure (uniquement consultable par les parents fréquentant l'accueil) oui non

Pour un usage externe (presse, bulletin municipal, internet ...) oui non

Il est entendu que la Mairie de Taden s'interdit expressément une exploitation des photographies qui pourrait porter atteinte à l'intégrité de l'enfant, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe ou illicite.

Autorisons **notre enfant à rentrer seul à la maison** à partir de heures.

Photo à coller

FICHE ENFANT 5

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____ Garçon Fille

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un traitement médical spécifique ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir l'ordonnance avec le médicament) <input type="checkbox"/> non
A-t-il des allergies ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Suit-il un régime alimentaire spécifique ?	<input type="checkbox"/> oui (Précisez : _____) <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il un appareil dentaire ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Porte-t-il des prothèses auditives ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive ?	<input type="checkbox"/> OUI (fournir un certificat médical) <input type="checkbox"/> non
Remarques qu'il vous semble important de porter à notre connaissance (énurésie, troubles du comportement, appréhensions...)	
Souffre-t-il du mal des transports?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Se baigne-t-il ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Sait-il nager?	<input type="checkbox"/> oui (avec ou sans brassards / ceinture) <input type="checkbox"/> non
Possède-t-il un test d'aisance aquatique?	<input type="checkbox"/> oui (le fournir) <input type="checkbox"/> non

AUTORISATIONS PARENTALES spécifiques à chaque enfant: (Cocher les cases le cas échéant)

Nous, soussignés, _____

responsables légaux de l'enfant _____ :

Autorisons notre enfant à **participer à toutes les activités organisées**, y compris les sorties.

Autorisons la Mairie de Taden à **utiliser un transport collectif pour emmener notre enfant vers les lieux d'activités extérieures** définis dans les programmes d'activités et dont nous avons connaissance.

Autorisons la Mairie de Taden à **photographier/filmer notre enfant :**

Uniquement pour les activités oui non

Pour un usage interne à la structure (uniquement consultable par les parents fréquentant l'accueil) oui non

Pour un usage externe (presse, bulletin municipal, internet ...) oui non

Il est entendu que la Mairie de Taden s'interdit expressément une exploitation des photographies qui pourrait porter atteinte à l'intégrité de l'enfant, et une diffusion sur tout support à caractère pornographique, xénophobe ou illicite.

Autorisons **notre enfant à rentrer seul à la maison** à partir de heures.