



DOCUMENT VALABLE POUR :

- > **ALSH À L'ABORD'ÂGES** DE TADEN ET QUÉVERT
- > **ACCUEIL PERISCOLAIRE** DE TADEN
- > **SÉJOURS ET MINI-CAMPS**

DOSSIER ADMINISTRATIF FAMILLE

FAMILLE : _____

ENFANTS : _____

DATE DE DÉPÔT DU DOSSIER : ____/____/____

*Ce dossier a pour but de simplifier l'inscription de vos enfants de + 3 ans dans nos structures d'accueil.
Il est à remplir une seule fois, à condition de nous communiquer tous changements de situation.*

> Famille ou responsable légal

Père

Situation familiale : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. fixe : _____

Tél. port. : _____

Mail : _____

Employeur : _____

Lieu de travail : _____

Profession : _____

Tél. pro : _____

Mère

Situation familiale : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. fixe : _____

Tél. port. : _____

Mail : _____

Employeur : _____

Lieu de travail : _____

Profession : _____

Tél. pro : _____

> Infos sociales

N° de sécurité sociale ou MSA : _____

N° d'allocataire Caf : _____

J'autorise à l'Abord'âges à consulter le site CAF pro pour la mise à jour de mon quotient familial.



> Les enfants

Nom de l'enfant : _____ **Prénom :** _____ **Garçon** **Fille**

Date de naissance : ____/____/____ **Ecole fréquentée :** _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : **Oui** **Non**

Votre enfant suit-il un traitement : **Oui** **Non** **Préciser :** _____

Votre enfant est-il allergique : **Oui** **Non** **Si oui, fournir PAI et préciser :** _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant présente-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive : **Oui** **Non**

(Si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant peut-il se baigner : **Oui** **Non**

2

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : ____/____/____ Ecole fréquentée : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement : Oui Non Préciser : _____

Votre enfant est-il allergique : Oui Non Si oui, fournir PAI et préciser : _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant présente t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive : Oui Non

(Si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant peut-il se baigner : Oui Non

3

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : ____/____/____ Ecole fréquentée : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement : Oui Non Préciser : _____

Votre enfant est-il allergique : Oui Non Si oui, fournir PAI et préciser : _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant présente t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive : Oui Non

(Si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant peut-il se baigner : Oui Non

4

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : ____/____/____ Ecole fréquentée : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement : Oui Non Préciser : _____

Votre enfant est-il allergique : Oui Non Si oui, fournir PAI et préciser : _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant présente t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive : Oui Non

(Si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant peut-il se baigner : Oui Non

> Documents à fournir

- Copie du ou des carnets de vaccination
- Attestation d'assurance extra scolaire en cours de validité
- Séjours et mini-camps : Fiche sanitaire de liaison dûment complétée (Cerfa 10008*02)

> Autorisations diverses

Je soussigné(e), père, mère, tuteur _____

Urgences :

J'autorise le directeur à prendre toute mesure qu'il jugera utile au cas où mon (mes) enfant(s) aurait(ent) besoin de soins urgents et médicalement constatés.

Nom et n° de téléphone du médecin traitant : _____

En cas d'accident grave, l'équipe d'animation préviendra les pompiers et avertira les parents ou les personnes indiquées.

Droit à l'image :

J'autorise à l'Abord'âges à utiliser des images de mon (mes) enfant(s) pour sa communication Oui Non

Transport collectif :

J'autorise mon (mes) enfant(s) à utiliser les transports collectifs pour les sorties Oui Non

Adultes autorisés à venir chercher les enfants :

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Tél : _____

Tél : _____

Lien de parenté : _____

Lien de parenté : _____

Je déclare exactes toutes les informations renseignées sur ce dossier.

Je m'engage à signaler tout changement de situation intervenu en cours d'année.

Fait à _____

Le ____/____/____

Signature(s)



> Les enfants (suite)

5

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : ____/____/____ Ecole fréquentée : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement : Oui Non Préciser : _____

Votre enfant est-il allergique : Oui Non Si oui, fournir PAI et préciser : _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant présente-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive : Oui Non

(Si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant peut-il se baigner : Oui Non

6

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : ____/____/____ Ecole fréquentée : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement : Oui Non Préciser : _____

Votre enfant est-il allergique : Oui Non Si oui, fournir PAI et préciser : _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant présente-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive : Oui Non

(Si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant peut-il se baigner : Oui Non

7

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Garçon Fille

Date de naissance : ____/____/____ Ecole fréquentée : _____

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations : Oui Non

Votre enfant suit-il un traitement : Oui Non Préciser : _____

Votre enfant est-il allergique : Oui Non Si oui, fournir PAI et préciser : _____

Autres problèmes de santé : _____

Votre enfant présente-t-il une contre-indication à la pratique d'une activité sportive : Oui Non

(Si oui, fournir un certificat médical)

Votre enfant peut-il se baigner : Oui Non