



# DOSSIER ADMINISTRATIF PRESTATIONS ENFANCE



FAMILLE : .....

- Restaurant scolaire
- Accueil périscolaire (matin, midi et soir)
- Accueil de loisirs

## Pièces à fournir obligatoirement :

- Le dossier famille
- Copie du livret de famille (pages des parents et enfant(s))
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- La fiche sanitaire complétée et signée
- Une copie des pages «vaccinations» du carnet de santé de l'enfant

**DOSSIER VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE FRÉQUENTATION DE VOTRE ENFANT À L'UN DES SERVICES.**

**TOUTE MODIFICATION CONCERNANT VOTRE ENFANT OU VOTRE SITUATION DOIT ÊTRE NOTÉE SUR LE PORTAIL FAMILLE OU PORTÉE À LA CONNAISSANCE DE LA DIRECTION DE L'ALSH.**

Dossier reçu le .....



# Dossier famille



## Portail famille

Adresse mail à utiliser pour la création de mon compte sur le portail famille de la Ville de Cancale :

Mail : .....

## Responsable / Tuteur légal

### PARENT 1 :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Tél (domicile) : ..... Tél (portable) : .....

Employeurs (Nom et adresse) : .....

..... Tél (travail) : .....

Adresse mail : .....

Responsable légal :  Oui  Non

### PARENT 2 :

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Tél (domicile) : ..... Tél (portable) : .....

Employeurs (Nom et adresse) : .....

..... Tél (travail) : .....

Adresse mail : .....

Responsable légal :  Oui  Non

## Situation familiale

Marié(e)/Pacsée(e)  Divorcé(e)/Séparé(e)  Concubinage  Célibataire  Veuf/Veuve

En cas de séparation au divorce, indiquer la personne qui a le droit de garde : .....

indiquer à qui adresser la facture : .....

N° Sécurité Sociale de l'assuré auquel est (sont) rattaché(s) le(s) enfant(s) : .....

Régime général  Oui  Non

N° allocataire : CAF : ..... ou MSA : .....

Bénéficiez-vous de Bons Vacances CAF  Oui  Non

### Autorisation de consultation de serveur CDAP (uniquement régime général)

Je, soussigné(e) ..... autorise les personnes habilitées de l'accueil de loisirs de Cancale à consulter CDAP afin de calculer le tarif des prestations.

Fait à..... le.....

Signature ..... en cas de refus, fournir un justificatif de vos ressources (attestation CAF ou avis d'imposition)



# Fiche Sanitaire de Liaison



Nom, prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : .....

Numéro de téléphone en cas d'urgence : .....

## Renseignements médicaux

Médecin traitant (nom et prénom) : .....

Numéro de téléphone : .....

Poids et taille de votre enfant : .....

Votre enfant suit-il un traitement médical spécifique ?  Oui  Non

Si oui, joindre l'ordonnance et le traitement dans sa boîte d'origine

Votre enfant a-t-il des allergies ?

- Alimentaire  Oui  Non (si oui, se référer au règlement intérieur - santé)

Si oui, précisez : .....

Ou régime alimentaire particulier : .....

- Médicamenteuse  Oui  Non

- Asthme  Oui  Non

- Automédication  Oui  Non

- Autres (pollen, animaux...)  Oui  Non

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

Rubéole  Varicelle  Angine  Oreillons  
 Scarlatine  Coqueluche  Otite  Rougeole

Vaccinations obligatoires (joindre les photocopies du carnet de vaccinations)

Vaccin antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique (DT polio) : fait le .....

Difficulté de santé :

Précisez les dates et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives...) :

.....

## Renseignements médicaux

Mon enfant porte :

Lunettes  Lentilles  Prothèses auditives  Prothèses dentaires

Autres (précisez) : .....

## Engagement du représentant légal

Je, soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, certifie exact les renseignements portés sur la fiche, et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de mon enfant à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Cancale, le .....

Signature, précédée de la mention «lu et approuvé» :

## Autorisations

Personnes autorisées à venir chercher mon (mes) enfant(s) et à contacter en cas d'urgence :

Nom, Prénom

Téléphone

Lien de parenté avec l'enfant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

> J'autorise mon (mes) enfant(s) à participer aux activités et sorties extérieures avec tout type de transport organisée par le commune  Oui  Non

> J'autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, soins chirurgicaux) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant :  Oui  Non

> Conformément à la loi, article du code civil sur le «droit à l'image et au son» et à l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle, j'autorise les services municipaux à l'usage de mon (mes) enfant(s) pour l'information ou la promotion des activités municipales (affichages dans les locaux, bulletin municipal, journaux locaux, site internet de la ville) :  Oui  Non

> J'autorise les animateurs à maquiller mon (mes) enfant(s) lors des activités :  Oui  Non

> J'autorise les animateurs à mettre de la crème solaire à mon (mes) enfant(s) :  Oui  Non

> J'autorise mon (mes) enfant(s) à sortir seul :  Oui  Non

## Engagement du représentant légal

Je, soussigné(e) ....., responsable légal de (des) l'enfant(s), certifie exact les renseignements ci-dessus, reconnais avoir pris connaissance du guide pratique et règlement intérieur de la Ville de Cancale et m'engage à le respecter.

Cancale, le .....

Signature, précédée de la mention «lu et approuvé» :