



DOSSIER ADMINISTRATIF PRESTATIONS ENFANCE

FAMILLE

- Restaurant scolaire
- Accueil périscolaire (matin, midi et soir)
- Temps d'activités périscolaires (TAP)
- 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

ANNEE SCOLAIRE 2016-2017

Dossier reçu le



Dossier famille Année 2016 - 2017



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

PERE :

Nom, Prénom :

Adresse :

Tél (domicile) : Tél (portable)

Employeur (Nom et adresse) :

..... Tél (travail) :

Adresse Mail :

Responsable légal : oui non

MERE :

Nom, Prénom :

Adresse :

Tél (domicile) : Tél (portable)

Employeur (Nom et adresse) :

..... Tél (travail) :

Adresse Mail :

Responsable légal : oui non

Situation familiale

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

En cas de séparation ou de 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 du serveur CAFPRO (uniquement régime général)

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

Fait à le..... Signature :

A défaut, le prix appliqué sera la base haute du tarif.

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 organisées par la commune oui non

⇒ J'autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes 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 l'image 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 » :

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...)

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...) :

.....

.....

Recommandations utiles des parents

Mon enfant porte :

Lunettes Lentilles Prothèses auditives Prothèses dentaires

Autres (préciser).....

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 mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Cancale, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :