

Réservé à l'administration :

Tranche de JANV/DEC 2018 : T1 T2 / T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9
Tranche de JANV/DEC 2019 : T1 T2 T3 T4 T5 T6 / T7 / T8 T9
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 : **scolaires, temps d'activités périscolaires, restauration, transport, accueil de loisirs...** C'est un dossier individuel valable pour l'année scolaire en cours.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018-2019



**Plus simple
Plus facile
Plus efficace**

L'enfant

Nom : Prénom :

Fille Garçon

Niveau de classe 2018-2019 :

Date de naissance :

N° de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant :

N° Allocataire CAF MSA :

NOM et du contact en cas d'urgence :

Adresse de facturation : Mr /Mme N° rue :

Code Postal : COMMUNE :

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 communication des justificatifs de revenus (n° CAF ou avis d'imposition).
En cas de non autorisation de ces éléments, la tranche haute est appliquée.

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 : @ non

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 contacts

Désignation de personnes habilitées majeures

Veillez 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
<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 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 :

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 »

cocher le bouton pour signer

Les renseignements médicaux

Les vaccinations (copie des vaccins à fournir)

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

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 : 

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