



# INSCRIPTION INITIALE AU SERVICE ENFANCE JEUNESSE

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS FAMILLE

**Portes Euréliennes  
d'Île-de-France**

communauté de communes

À remettre à l'accueil de de loisirs dont dépend votre enfant.

Dossier à compléter obligatoirement avec :	Cadre réservé à l'administration
une copie de votre avis d'imposition N-2 une fiche sanitaire de liaison Cerfa (jointe) pour chaque enfant une photocopie des vaccins et maladies éventuelles pour chaque enfant une attestation d'assurance extra-scolaire de l'année en cours pour chaque enfant	Avis d'imposition : Assurance : du                      au Vaccinations :

### Au-delà de 3 enfants en structure d'accueil, ajouter un exemplaire de la fiche complémentaire

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer par courrier auprès du président de la Communauté de Communes des Portes Euréliennes d'Île de France, 6 place Aristide Briand 28230 Epernon

### RESPONSABLE POUR LA FACTURATION

PARENT 1, responsable pour la facturation	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Qualité :    père    mère    tuteur autre (précisez) :	Qualité :    père    mère    tuteur autre (précisez) :
Situation de famille : marié    célibataire    divorcé pacs    union libre	Situation de famille : marié    célibataire    divorcé pacs    union libre
Né(e) le :	Né(e) le :
Adresse :	Adresse :
Code postale :                      Ville :	Code postale :                      Ville :
Tél du domicile :	Tél du domicile :
Tél professionnel :	Tél professionnel :
Tél portable :	Tél portable :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Lieu de travail :	Lieu de travail :

Nous autorisons

Nous n'autorisons pas

La CCPEIDF à recueillir des informations me concernant auprès de ma CAF, dont mes ressources N-2 ainsi que le nombre d'enfants à charge, le nombre d'enfants en situation de handicap bénéficiant de l'Aeeh, afin de calculer le tarif horaire applicable dans le cadre de l'accueil de mon enfant dans les structures d'accueil et à conserver des copies d'écran de cette consultation pendant 5 ans.

E-mail du responsable de facturation (en majuscule) :

Numéro CAF (obligatoire) :

Nombre d'enfants à charge dans le foyer :

Régime :                      général                      MSA                      autre :

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce document recto-verso.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, du règlement intérieur et du projet pédagogique des structures d'accueil.

Fait à

Signature du responsable

le

## FICHE COMPLÉMENTAIRE PREMIER ENFANT

Nom : Prénom :  
Sexe : fille Garçon  
Adresse de résidence :  
Code postal : Ville :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
L'enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non

Niveau de classe fréquentée à la rentrée (septembre) :

École fréquentée :

## RENSEIGNEMENTS

Nom du médecin traitant : Tél. du médecin traitant :  
Nom de l'assurance extra-scolaire : Tél. de l'assurance :  
Adresse :  
Code postal Ville :  
N° sociétaire :  
Nom assurance responsabilité civile : Tél. de l'assurance :  
Adresse :  
Code postal Ville :  
N° sociétaire :

- L'enfant est il porteur de handicap  
 Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

## AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal, autorise :

- les responsables de la structure d'accueil à prendre les mesures et dispositions (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.  
 mon enfant à être photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre des activités  
 J'autorise l'utilisation des photos et prises de vues pour les expositions, publications digitales, papier et réseaux sociaux de la CCPEID dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée.  
 mon enfant à participer aux sorties et activités organisées.  
 mon enfant à être maquillé(e) lors des activités prévues au sein de la structure d'accueil  
(face painting, effets spéciaux, carnaval...).

Personnes autorisées à récupérer l'enfant, indiquer les noms et prénoms :

1 <sup>er</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté
2 <sup>e</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté
3 <sup>e</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté

Les personnes autorisées devront se munir d'une pièce d'identité pour se faire connaître des encadrants et récupérer l'enfant.

Personnes non autorisées à récupérer l'enfant par décision de justice (fournir copie du jugement)

M., M<sup>me</sup> :

## RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir d'urgence en l'absence du représentant légal :

Nom : Prénom : Tél. :

**NB :** *En cas d'absence, le médecin le plus proche sera appelé.  
En cas d'urgence, l'enfant sera conduit vers l'hôpital le plus proche.*

Contre-indications ou allergies ou régime alimentaire ne relevant pas d'une allergie :

P.A.I. (projet d'accueil individualisé à fournir obligatoirement le cas échéant) : Oui Non

Fait à \_\_\_\_\_ Signature du responsable

le

## FICHE COMPLÉMENTAIRE DEUXIÈME ENFANT

Nom : Prénom :  
Sexe : fille Garçon  
Adresse de résidence :  
Code postal : Ville :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
L'enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non  
Niveau de classe fréquentée à la rentrée (septembre) :

École fréquentée :

## RENSEIGNEMENTS

Nom du médecin traitant : Tél. du médecin traitant :  
Nom de l'assurance extra-scolaire : Tél. de l'assurance :  
Adresse :  
Code postal Ville :  
N° sociétaire :  
Nom assurance responsabilité civile : Tél. de l'assurance :  
Adresse :  
Code postal Ville :  
N° sociétaire :

- L'enfant est il porteur de handicap  
 Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

## AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) , responsable légal, autorise :

- les responsables de la structure d'accueil à prendre les mesures et dispositions (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.  
 mon enfant à être photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre des activités  
 J'autorise l'utilisation des photos et prises de vues pour les expositions, publications digitales, papier et réseaux sociaux de la CCPEID dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée.  
 mon enfant à participer aux sorties et activités organisées.  
 mon enfant à être maquillé(e) lors des activités prévues au sein de la structure d'accueil  
(face painting, effets spéciaux, carnaval...).

Personnes autorisées à récupérer l'enfant, indiquer les noms et prénoms :

1 <sup>er</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté
2 <sup>e</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté
3 <sup>e</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté

Les personnes autorisées devront se munir d'une pièce d'identité pour se faire connaître des encadrants et récupérer l'enfant.

Personnes non autorisées à récupérer l'enfant par décision de justice (fournir copie du jugement)

M., M<sup>me</sup> :

## RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir d'urgence en l'absence du représentant légal :

Nom : Prénom : Tél. :

**NB :** *En cas d'absence, le médecin le plus proche sera appelé.  
En cas d'urgence, l'enfant sera conduit vers l'hôpital le plus proche.*

Contre-indications ou allergies ou régime alimentaire ne relevant pas d'une allergie :

P.A.I. (projet d'accueil individualisé à fournir obligatoirement le cas échéant) : Oui Non

Fait à Signature du responsable

le

## FICHE COMPLÉMENTAIRE TROISIÈME ENFANT

Nom : Prénom :  
Sexe : fille Garçon  
Adresse de résidence :  
Code postal : Ville :  
Date de naissance : Lieu de naissance :  
L'enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non

Niveau de classe fréquentée à la rentrée (septembre) :

École fréquentée :

## RENSEIGNEMENTS

Nom du médecin traitant : Tél. du médecin traitant :  
Nom de l'assurance extra-scolaire : Tél. de l'assurance :  
Adresse :  
Code postal Ville :  
N° sociétaire :  
Nom assurance responsabilité civile : Tél. de l'assurance :  
Adresse :  
Code postal Ville :  
N° sociétaire :

- L'enfant est il porteur de handicap  
 Percevez vous l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

## AUTORISATIONS

Je, soussigné(e) , responsable légal, autorise :

- les responsables de la structure d'accueil à prendre les mesures et dispositions (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.  
 mon enfant à être photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre des activités  
 J'autorise l'utilisation des photos et prises de vues pour les expositions, publications digitales, papier et réseaux sociaux de la CCPEID dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée.  
 mon enfant à participer aux sorties et activités organisées.  
 mon enfant à être maquillé(e) lors des activités prévues au sein de la structure d'accueil  
(face painting, effets spéciaux, carnaval...).

Personnes autorisées à récupérer l'enfant, indiquer les noms et prénoms :

1 <sup>er</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté
2 <sup>e</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté
3 <sup>e</sup> : M., M <sup>me</sup>	Tél. :	Lien de parenté

Les personnes autorisées devront se munir d'une pièce d'identité pour se faire connaître des encadrants et récupérer l'enfant.

Personnes non autorisées à récupérer l'enfant par décision de justice (fournir copie du jugement)

M., M<sup>me</sup> :

## RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir d'urgence en l'absence du représentant légal :

Nom : Prénom : Tél. :

**NB :** En cas d'absence, le médecin le plus proche sera appelé.  
En cas d'urgence, l'enfant sera conduit vers l'hôpital le plus proche.

Contre-indications ou allergies ou régime alimentaire ne relevant pas d'une allergie :

P.A.I. (projet d'accueil individualisé à fournir obligatoirement le cas échéant) : Oui Non

Fait à Signature du responsable

le