



Inscription aux accueils de loisirs Fiche de renseignements famille

A remettre au service enfance-jeunesse de votre pôle de proximité

Dossier à compléter obligatoirement avec :

- une copie de votre avis d'imposition 2019 (revenus 2018)
- une fiche complémentaire de liaison Cerfa (jointe) pour chaque enfant
- une photocopie des vaccins et maladies éventuelles pour chaque enfant
- une attestation d'assurance extra-scolaire 2019/2020 pour chaque enfant

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

Nom :
Prénom :
Qualité : père/mère/tuteur autre
(précisez) :
Situation de famille : marié/célibataire/divorcé/
union libre/pacs
Né(e) le :
Adresse :
.....
Tél du domicile :
Tél professionnel :
Tél portable :
Profession :
Employeur :
Lieu de travail :

PARENT 2

Nom :
Prénom :
Qualité : père/mère/tuteur autre
(précisez) :
Situation de famille : marié/célibataire/divorcé/
union libre/pacs
Né(e) le :
Adresse :
.....
Tél du domicile :
Tél professionnel :
Tél portable :
Profession :
Employeur :
Lieu de travail :

E-mail du responsable de facturation (en majuscule) :
Numéro CAF (obligatoire) :
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.....le..... Signature du responsable

FICHE COMPLÉMENTAIRE 1^{er} ENFANT

Nom et prénom : Sexe : fille Garçon
Adresse de résidence :
Date et lieu de naissance :
L'enfant sait-il nager ? Oui Non (fournir un test anti-panique de natation)
L'enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non
Niveau de classe fréquentée à la rentrée (septembre 2019) :
École fréquentée :

Renseignements

Nom du médecin traitant :
Tél du médecin traitant :
Nom et adresse de l'assurance extra-scolaire :
N° sociétaire : Tél assurance :
Nom et adresse assurance responsabilité civile :
N° sociétaire : Tél assurance :

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 : Oui Non
- ☺ mon enfant à être photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre des activités, ainsi que l'utilisation pour les publications ou expositions de la communauté de communes dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée : Oui Non
- ☺ mon enfant à participer aux sorties et activités organisées : Oui Non
- ☺ mon enfant à être maquillé(e) lors des activités prévues au sein de la structure d'accueil (face painting, effets spéciaux, carnaval...) : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

☺ 1^e : Mr, Mme..... Tél :..... Lien de parenté.....
☺ 2^e : Mr, Mme..... Tél :..... Lien de parenté.....
☺ 3^e : Mr, Mme..... 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)

Mr, Mme :

Renseignements en cas d'urgence

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

DATE **ET SIGNATURE**

FICHE COMPLÉMENTAIRE 2^e ENFANT

Nom et prénom : Sexe : fille Garçon
Adresse de résidence :
Date et lieu de naissance :
L'enfant sait-il nager ? Oui Non (fournir un test anti-panique de natation)
L'enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non
Niveau de classe fréquentée à la rentrée (septembre 2019) :
École fréquentée :

Renseignements

Nom du médecin traitant :
Tél du médecin traitant :
Nom et adresse de l'assurance extra-scolaire :
N° sociétaire : Tél assurance :
Nom et adresse assurance responsabilité civile :
N° sociétaire : Tél assurance :

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 : Oui Non
- ☺ mon enfant à être photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre des activités, ainsi que l'utilisation pour les publications ou expositions de la communauté de communes dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée : Oui Non
- ☺ mon enfant à participer aux sorties et activités organisées : Oui Non
- ☺ mon enfant à être maquillé(e) lors des activités prévues au sein de la structure d'accueil (face painting, effets spéciaux, carnaval...) : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

☺ 1^e : Mr, Mme..... Tél :..... Lien de parenté.....
☺ 2^e : Mr, Mme..... Tél :..... Lien de parenté.....
☺ 3^e : Mr, Mme..... 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)

Mr, Mme :

Renseignements en cas d'urgence

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

DATE **ET SIGNATURE**

FICHE COMPLÉMENTAIRE 3^e ENFANT

Nom et prénom : Sexe : fille Garçon
Adresse de résidence :
Date et lieu de naissance :
L'enfant sait-il nager ? Oui Non (fournir un test anti-panique de natation)
L'enfant est-il autorisé à partir seul ? Oui Non
Niveau de classe fréquentée à la rentrée (septembre 2019) :
École fréquentée :

Renseignements

Nom du médecin traitant :
Tél du médecin traitant :
Nom et adresse de l'assurance extra-scolaire :
N° sociétaire : Tél assurance :
Nom et adresse assurance responsabilité civile :
N° sociétaire : Tél assurance :

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 : Oui Non
- ☺ mon enfant à être photographié(e) et/ou filmé(e) dans le cadre des activités, ainsi que l'utilisation pour les publications ou expositions de la communauté de communes dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée : Oui Non
- ☺ mon enfant à participer aux sorties et activités organisées : Oui Non
- ☺ mon enfant à être maquillé(e) lors des activités prévues au sein de la structure d'accueil (face painting, effets spéciaux, carnaval...) : Oui Non

Personnes autorisées à récupérer l'enfant

☺ 1^e : Mr, Mme..... Tél : Lien de parenté.....
☺ 2^e : Mr, Mme..... Tél : Lien de parenté.....
☺ 3^e : Mr, Mme..... 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)

Mr, Mme :

Renseignements en cas d'urgence

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

DATE **ET SIGNATURE**