



Mairie de la Crèche
 97 avenue de Paris
 CS 70064
 79260 LA CRECHE
 Site: www.ville-lacrecche.fr
 Tel :05.49.25.50.54
 Fax: 05.49.05.33.04

DOSSIER UNIQUE D'INFORMATIONS
Temps périscolaires / Restaurant scolaire
Transport scolaire
 2017 - 2018

| 1 / LA FAMILLE | | | |
|---|--------|--|--------|
| REPRESENTANT LEGAL 1 | | REPRESENTANT LEGAL 2 | |
| AUTORITE PARENTALE: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | | AUTORITE PARENTALE: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (préciser)..... | | PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (préciser)..... | |
| NOM: | PRENOM | NOM: | PRENOM |
| ADRESSE: | | ADRESSE: | |
| CODE POSTAL: | VILLE: | CODE POSTAL: | VILLE: |
| SITUATION FAMILIALE: | | SITUATION FAMILIALE: | |
| NOMBRE TOTAL D'ENFANTS A CHARGE: | | | |
| TEL FIXE: | | TEL FIXE: | |
| TEL PORTABLE: | | TEL PORTABLE: | |
| COURRIEL: | | COURRIEL: | |
| TEL PRO: | | TEL PRO: | |
| 2/ ELEMENTS POUR LA FACTURATION - (cf. ART 7.6 du Règlement Intérieur des temps périscolaires) | | | |
| FACTURATION AU NOM DE : | | | |
| FAMILLE ALLOCATAIRE CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> | | | |
| N° ALLOCATAIRE: | | MONTANT DU QUOTIENT FAMILIAL: | |
| SI VOUS NE SOUHAITEZ PAS LES ELEMENTS POUR LA FACTURATION, SI AUCUN JUSTIFICATIF DES RESSOURCES N'EST FOURNI ALORS LE TARIF MAXIMUM VOUS SERA APPLIQUE. | | | |
| MERCI DE COCHER LA CASE CI-CONTRE <input type="checkbox"/> | | | |

| 3 /OBLIGATIONS / DOCUMENTS A FOURNIR AVANT LE 23 JUIN 2017 | |
|--|---|
| DOSSIER UNIQUE D'INFORMATION(D.U.I) <input type="checkbox"/> | PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE, PARTIE VACCINATION <input type="checkbox"/> |
| EXTRAIT DU JUGEMENT DE DIVORCE <input type="checkbox"/> | ATTESTATION DE REVENUS SOCIAUX - ATTESTATION DE DROITS <input type="checkbox"/> |
| ATTESTATION D'ASSURANCE <input type="checkbox"/> | DECLARATION D'IMPOSITION 2017 SUR LES REVENUS 2016 <input type="checkbox"/> |

| CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION | |
|---|---|
| SERVICE ENFANCE JEUNESSE AFFAIRES SCOLAIRES | SERVICE COMPTABILITE |
| DOSSIER DEPOSE LE: | DOSSIER VALIDE PAR LE SERVICE COMPTABILITE <input type="checkbox"/> |
| DOSSIER COMPLET <input type="checkbox"/> INCOMPLET <input type="checkbox"/> | N° DE DOSSIER: |

| 3/ LES ENFANTS | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|
| | ENFANT 1 | ENFANT 2 | ENFANT 3 | ENFANT 4 |
| NOM | | | | |
| PRENOM | | | | |
| DATE DE NAISSANCE | | | | |
| SEXE | GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> | GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> | GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> | GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> |
| SITE SCOLAIRE FREQUENTE | BOISRAGON <input type="checkbox"/> | BOISRAGON <input type="checkbox"/> | BOISRAGON <input type="checkbox"/> | BOISRAGON <input type="checkbox"/> |
| | CHAVAGNE <input type="checkbox"/> | CHAVAGNE <input type="checkbox"/> | CHAVAGNE <input type="checkbox"/> | CHAVAGNE <input type="checkbox"/> |
| | ELEMENTAIRE BOURG <input type="checkbox"/> | ELEMENTAIRE BOURG <input type="checkbox"/> | ELEMENTAIRE BOURG <input type="checkbox"/> | ELEMENTAIRE BOURG <input type="checkbox"/> |
| | MATERNELLE BOURG <input type="checkbox"/> | MATERNELLE BOURG <input type="checkbox"/> | MATERNELLE BOURG <input type="checkbox"/> | MATERNELLE BOURG <input type="checkbox"/> |
| CLASSE (PS, CM1) 2017-2018 | | | | |

| 4/ RENSEIGNEMENTS SANITAIRES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| VACCINATIONS OBLIGATOIRES (fournir la copie de vaccins du carnet de vaccinations) | | | | |
| A JOUR | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| NOM DU MEDECIN (Obligatoire) : | | | N° TEL : | |

| 5/ ALLERGIES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ASTHME | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRES | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| MEDICAMENTEUSES | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Précisez (type d'aliments, médicaments, acariens, ...) | | | | |
| P.A.I EXISTANT / A RENOUVELER | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Si oui, se rapprocher du directeur de l'école et de la médecine scolaire ou de la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I), pour étudier la nécessité de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I). | | | | |

| 6/ RECOMMANDATIONS PARTICULIERES | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Ex : port de lunettes, prothèses auditives, ... | | | | |

| 7/ FREQUENTATION | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RESTAURANT SCOLAIRE | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| ACCUEIL PERISCOLAIRE (7h30 - 9h00 / 15h45 - 18h30) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| TAPE /GARDERIE (15h45 - 16h30) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| TRANSPORT SCOLAIRE * | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| POINT DE RAMASSAGE | | | | |
| * Attention les informations portées sur la partie « TRANSPORT SCOLAIRE » ne valent pas inscription auprès du SITS. | | | | |

| 8/ AUTORISATIONS | | | | |
|--|--|--|--|---|
| PERSONNE (S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS | | | | |
| NOM | | | | |
| PRENOM | | | | |
| N° TEL | | | | |
| PERSONNE(S) HABILITEE(S) A VENIR CHERCHER VOTRE (VOS) ENFANT(S) AUTRE QUE LES PARENTS | | | | |
| J'autorise mon (mes) enfant (s) à partir seul à la fin des temps périscolaires (16h30 ou 18h30) | | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| NOM | | | | |
| PRENOM | | | | |
| N° TEL | | | | |
| DROIT A L'IMAGE | | | | |
| Dans le cadre des activités mises en place, votre(vos) enfant(s) est(sont) susceptible(s) d'être photographié(s) ou filmé(s). Ces outils pédagogiques seront utilisés à des fins de communication par le biais d'affiches, d'exposition et de publication (mensuel, site internet et page Facebook officielle de la Commune...). | | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| J'autorise la diffusion de l'image de mon(mes) enfant(s) | | | | |
| SORTIE ET TRANSPORT | | | | |
| Dans le cadre des activités mises en place, votre(vos) enfant(s) est(sont) susceptible(s) de sortir des locaux et enceintes habituelles d'accueil et d'être donc transporté(s) par minibus, bus ... | | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| J'autorise la sortie et le transport de mon (mes) enfant (s) | | | | |
| EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE | | | | |
| Dans la mesure où l'équipe d'encadrement n'arriverait pas à vous joindre celle-ci prendra toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation ...) rendues nécessaires par l'état de santé de votre(vos) enfant(s), après consultation du médecin régulateur du SAMU . | | | | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| J'autorise la prise en charge de mon (mes) enfant (s) | | | | |

| 9 / ATTESTATION SUR L'HONNEUR | |
|---|---|
| JE SOUSSIGNE | |
| RESPONSABLE DE (S) L'ENFANT (S) MENTIONNE (S) EN PAGE 2 ATTESTE SUR L'HONNEUR : | |
| AVOIR SOUSCRIT UNE POLICE D'ASSURANCE COMPLETE RESPONSABILITE CIVILE EXTRA SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE COUVRANT TOUS LES ACTES DE(S) MON (MES) ENFANT(S) | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES DIFFERENTS REGLEMENTS , EN ACCEPTE LES TERMES ET DECLARE EXACT LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CE DOSSIER. | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

| 10/ SIGNATURES | | | |
|----------------|-----|---------------|--|
| FAIT A: | LE: | | |
| RESPONSABLE 1 | | RESPONSABLE 2 | |