

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

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:



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
 2020 - 2021

1 / LA FAMILLE (Renseignements Obligatoires)

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
DATE DE NAISSANCE:		DATE DE NAISSANCE:	
LIEU DE NAISSANCE:		LIEU DE NAISSANCE:	
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 MSA AUTRE

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.

MERCİ DE COCHER LA CASE CI-CONTRE

**ATTENTION POUR LES PARENTS QUI SOUHAITENT UNE FACTURATION SEPARÉE,
 REMPLIR UN DOSSIER (DU) PAR FOYER**

Précisez la répartition : exemple : semaines paires / semaines impaires, un service particulier (restauration, périscolaire, ...) :

Souhaitez-vous payer en prélèvement automatique : OUI NON Si oui merci de fournir un RIB

3 / OBLIGATIONS / DOCUMENTS A FOURNIR AVANT LE 12 JUILLET 2020

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 2020 SUR LES REVENUS 2019 <input type="checkbox"/>

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 (ex : PS, CM1) En 2020-2021				
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 RENOUELER	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/ HANDICAP				
Précisez si besoin				
Votre enfant est-il bénéficiaire d'une Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)	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"/>
7/ RECOMMANDATIONS PARTICULIERES				
Ex : port de lunettes, prothèses auditives, ...				

8/ FREQUENTATION / AUTORISATIONS				
TEMPS PERISCOLAIRES	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
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"/>
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				
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 DU MATIN				
POINT DE DEPOSE DU SOIR				
PERSONNE(S) HABILITEE(S) A VENIR CHERCHER VOTRE (VOS) ENFANT(S) AUTRE QUE LES PARENTS (BUS)				
NOM				
PRENOM				
N° TEL				
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"/>
PERSONNE (S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE AUTRE QUE LES PARENTS				
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)				