

Remplir toutes les mentions en lettres majuscules

DOSSIER RENSEIGNEMENTS GENERAUX SERVICE ENFANCE

Pièces à joindre impérativement :

Pour la famille : Justificatif de domicile (moins de 3 mois) - Attestation Quotient Familial CAF ou MSA année en cours (ou dernier avis d'imposition pour les non allocataires) - Jugement de divorce ou autre (si utile)

Pour l'enfant : Extrait de naissance ou Livret de Famille - Copie des Vaccins - PAI et calendrier de garde (si utiles)

ENFANT

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

AGE ans

LIEU DE NAISSANCE :

SEXE : Masculin Féminin

SCOLARISE(E) DANS UNE ECOLE TOMBLAINOISE :

ECOLE	A COCHER	A COMPLETER (#)	(#)
		CLASSE	
MATERNELLE BADINTER			PS - MS - GS
ELEMENTAIRE BADINTER			CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2
MATERNELLE BROSSOLETTE			PS - MS - GS
ELEMENTAIRE BROSSOLETTE			CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2
MATERNELLE JULES FERRY			PS - MS - GS
ELEMENTAIRE JULES FERRY			CP - CE1 - CE2 - CM1 - CM2
PRIMAIRE JOB DURUPT			PS - MS - GS - CP - CE1

SCOLARISE(E) DANS UNE ECOLE NON TOMBLAINOISE : (à préciser)

NOM DE L'ECOLE :

VILLE :

CLASSE :

SITUATION PARTICULIERE DE L'ENFANT :

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI * (Projet d'accueil individualisé) ? Oui Non

(si oui, fournir impérativement le document écrit)

* concerne les enfants atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période sans reconnaissance de handicap : pathologies chroniques (asthme, allergies, intolérance alimentaire...) : document établi par un médecin...

RESPONSABLE 1 DU FOYER DE L'ENFANT

Madame Monsieur NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

SITUATION FAMILIALE : CELIBATAIRE SEPRE (E) DIVORCE (E)

MARIE (E) UNION LIBRE VEUF (VE) PACS

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

ADRESSE MAIL (à écrire impérativement en majuscule SVP) :

N° ALLOCATAIRE CAF (7 chiffres) :

N° ALLOCATAIRE MSA (15 chiffres) :

TEL PROFESSIONNEL : POSTE :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR :

RESPONSABLE 2 DU FOYER DE L'ENFANT

Madame Monsieur NOM : PRENOM :

NOM DE JEUNE FILLE : DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CP : VILLE :

SITUATION FAMILIALE : CELIBATAIRE SEPRE (E) DIVORCE (E)

MARIE (E) UNION LIBRE VEUF (VE) PACS

TEL FIXE : TEL PORTABLE :

ADRESSE MAIL (à écrire impérativement en majuscule SVP) :

N° ALLOCATAIRE CAF (7 chiffres) :

N° ALLOCATAIRE MSA (15 chiffres) :

TEL PROFESSIONNEL : POSTE :

PROFESSION :

NOM ET ADRESSE EMPLOYEUR :

GARDE DE L'ENFANT :

PARTAGEE EXCLUSIVE ALTERNEE (*fournir jugement*)

AUTRE (S) PERSONNE (S) HABILITEE (S) :

NOM	PRENOM	TEL	LIEN DE PARENTE ou AUTRES	Habilité(e) à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
			<i>A précisez</i>	<i>Cochez la ou les case (s)</i>	

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (personne responsable) : -----, certifie inscrire mon enfant
----- au Centre de Loisirs ET/OU accueils périscolaires ET/OU restauration
scolaire.

- ❖ J'ai pris connaissance et accepte les conditions générales de fonctionnement du ou des différents accueils (via règlement intérieur consultable et téléchargeable sur le site de la commune www.tomblaine.fr).
- ❖ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre du ou des différents accueils, notamment les activités nautiques.
- ❖ J'autorise l'envoi de documents dématérialisés.
- ❖ J'autorise la reproduction et la diffusion de photographies de mon enfant réalisées dans le cadre des accueils et ne portant pas atteinte à sa réputation ou à sa vie privée.
- ❖ J'autorise la direction des différents accueils à prendre toutes les mesures utiles dans le cas où mon enfant aurait besoin de soins médicaux ou hospitaliers.
- ❖ J'autorise la commune à accéder à CAFPRO (logiciel de la CAF).
- ❖ J'ai pris connaissance qu'il pouvait y avoir des déplacements : transport collectif (bus, minibus...) dans le respect de la législation en vigueur.

Fait à Tomblaine, le -----

Signature personne responsable



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS

Merci de transmettre les copies du carnet de santé de l'enfant

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (PACUDATIF) :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare
exactes les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES :

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....