

Réservé à l'administration :

Tranche de janv/déc 2018 : T1 T2 T3 T4 T5 T6 T8 T9

Tranche de janv/déc 2019 : T1 T2 T3 T4 T5 T6 T8 T9

Adhésion ⇒ Espèce Chèque N°

A quoi sert le dossier « tout'en 1 » ?
 Il est une étape incontournable dans l'inscription de vos enfants dans les différentes structures d'accueil : scolaires, temps d'activités périscolaires, restauration, transport, accueil de loisirs... C'est un dossier individuel valable pour l'année scolaire en cours.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2018/2019



- Plus simple
- Plus facile
- Plus efficace

L'enfant

Nom : Prénoms (tous) :

Fille Garçon Niveau de classe 2018-2019 :

Date de naissance : / / Lieu de naissance : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant :

N° Allocataire CAF MSA :

Nom et téléphone du contact en cas d'urgence :

Adresse de facturation : Mr /Mme N° : Rue :

Code Postal : Commune :

Les autorisations

- Sortie seule de mon enfant (élémentaire uniquement) ou prise en charge par un mineur (frère/sœur)
 - Autorise N'autorise pas mon enfant à quitter seul la structure d'accueil
 - Autorise N'autorise pas mon enfant à être récupéré par son frère/sa sœur mineur
- Droit à l'image
 - Autorise N'autorise pas que mon enfant soit photographié et/ou filmé pour une diffusion et une publication dans le cadre de la structure d'accueil (journaux, bulletins locaux, site internet, documents et expositions internes)

Les responsables légaux

Le responsable légal 1 Autorité parentale oui non

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance : / /

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : Nom : Prénom :

Adresse : N° : Rue : Bât. : App. :

Code Postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro. :

Courriel : @

Le responsable légal 2 Autorité parentale oui non

Père Mère Tuteur (trice) Date de naissance : / /

Marié(e) Union libre Pacsé(e) Veuf (ve) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire

Nom : Nom de jeune fille : Prénom :

Conjoint(e) (si différent du Responsable légal 2) : Nom : Prénom :

Adresse : N° : Rue : Bât. : App. :

Code Postal : Commune :

Profession : Employeur :

Tél. fixe : Tél. portable : Tél. pro. :

Courriel : @

La situation familiale

Si les adresses sont différentes, la résidence habituelle de l'enfant durant la semaine est fixée chez le :

Responsable légal 1 Responsable légal 2

Garde alternée, merci de préciser le rythme :

Si vous souhaitez faire valoir un jugement relatif à une séparation (garde, autorité parentale, etc.) merci d'en joindre un exemplaire à ce dossier.

Les contacts

Désignation de personnes habilitées majeures

Veuillez indiquer, dans le tableau ci-dessous, les personnes habilitées (autres que les responsables légaux) à venir chercher l'enfant et à être prévenues en cas d'urgence.

Nom / Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Venir chercher les enfants	Être prévenue en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les assurances

L'assurance est obligatoire pour les dommages dont l'enfant serait l'auteur (responsabilité civile) et pour ceux qu'il pourrait subir (individuelle accident).

Responsabilité Civile : oui non Individuelle Accident : oui non

Compagnie d'assurance : N° de police :

Les attestations

Je soussigné(e),

Père Mère Tuteur (trice) de l'enfant :

- Certifie l'exactitude des renseignements fournis lors de l'inscription
- Autorise mon enfant à participer aux activités organisées par les structures d'accueil
- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions des structures d'accueil
- M'engage à respecter le règlement en vigueur consultable dans les différentes structures d'accueil
- Autorise le personnel des structures d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant
- M'engage à régler les frais incombant à l'enfant dans les délais exigés

Fait le à

Signature des responsables légaux
cocher le bouton pour signer

Les renseignements médicaux

Les vaccinations

Vaccins	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Les vaccins DTP sont obligatoires et doivent être à jour. S'il manque des vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, aucune contre-indication pour le vaccin antitétanique.

Les traitements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical régulier ? oui non Si oui, lequel :

L'enfant dispose-t-il d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui non

Si au moins l'une des cases «oui» est cochée, pour assurer la sécurité et l'accueil de l'enfant, il sera demandé de fournir obligatoirement une copie des certificats médicaux et/ou des PAI concernés. Aucun médicament ne pourra être pris sans PAI accompagné d'une ordonnance.

Les maladies

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

L'enfant souffre-t-il d'allergie ? oui non

Si oui, préciser la cause et la conduite à tenir :

Les difficultés de santé et les recommandations utiles

Votre enfant porte-t-il :

des lunettes oui non

des prothèses auditives oui non

des prothèses dentaires oui non

autres à préciser :

Difficultés de santé et précautions à prendre :

L'enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? oui non Si oui, à préciser :

Le médecin traitant

Nom : Tél. :

N'oubliez pas de signaler au cours de l'année toute modification qui interviendrait dans votre situation