

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 2017) :
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 :



Portes Euréliennes
d'Île-de-France
communauté de communes

Cadre réservé à l'administration
Avis d'imposition :
Assurance du au
Vaccinations :

Inscription aux accueils de mineurs Fiche de renseignements famille

A remettre aux services enfance-jeunesse de la communauté de communes

Dossier à compléter obligatoirement avec :

- ☛ une copie de votre avis d'imposition 2017 (revenus 2016)
- ☛ 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 2017/2018 pour chaque enfant

Au-delà de 3 enfants en structure d'accueil, ajouter un exemplaire de la fiche complémentaire et de la fiche sanitaire de liaison (Cerfa)

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 de la Présidente de la communauté de communes des Portes Euréliennes d'Île-de-France, 6 place Aristide Briand 28230 Épernon »

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 :

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 :

E-mail du responsable de facturation (en majuscule) : CAF

Numéro (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 intérieur et des règles de vie des structures d'accueil. **Signature du responsable**

Fait àle.....

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 2017) :
 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 2017) :
 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 :