

# DOSSIER FAMILIAL 2019 - 2020

Extra-scolaire (Centre de Loisirs) et Péri-scolaire (Etudes, Fripouilles, Restaurant Scolaire)

Nom et Prénom de l'enfant	Né(e) le	Age	Sexe	Classe	Autorisé(e) à rentrer seul(e)	Structures fréquentées par l'enfant			
						Restaurant scolaire	Etude	Fripouilles	Centre de loisirs
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non				
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non				
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non				
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non				
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non				
			<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui / <input type="checkbox"/> Non				

## RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Père / <input type="checkbox"/> Mère / <input type="checkbox"/> Tuteur * Situation familiale : _____ Adresse : _____ _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Tél domicile : _____ Portable : _____ Email : _____ Profession : _____ Tél professionnel : _____	NOM : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Père / <input type="checkbox"/> Mère / <input type="checkbox"/> Tuteur * Situation familiale : _____ Adresse : _____ _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Tél domicile : _____ Portable : _____ Email : _____ Profession : _____ Tél professionnel : _____
---	---

Tuteur (joindre le jugement)

## PRESTATIONS FAMILIALES

Allocataire :  Père /  Mère /  autre (précisez) \_\_\_\_\_  
 N° allocataire CAF : \_\_\_\_\_  Autorisation d'accès à CAFPRO  
 N° allocataire MSA : \_\_\_\_\_ (Joindre le dernier Avis d'impôt sur le revenu)

Urgence	PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER LE OU LES ENFANTS* (autre que les responsables légaux)
<input type="checkbox"/>	NOM : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Tél : _____ Lien de parenté : _____
<input type="checkbox"/>	NOM : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Tél : _____ Lien de parenté : _____
<input type="checkbox"/>	NOM : _____ Prénom : _____ Tél : _____ Tél : _____ Lien de parenté : _____

\*Merci de nous transmettre le jugement si une personne est interdite de venir chercher l'enfant.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie exacts les renseignements portés dans cette fiche de renseignements.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure concernée (disponible au Pôle Familial, à la mairie et sur le site de la ville [www.ville-sathonaycamp.fr](http://www.ville-sathonaycamp.fr)) et m'engage à le respecter. Règlement établi sous réserve de modification par délibération du conseil municipal et du conseil d'administration du CCAS.

A Sathonay-Camp, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal

### Justificatifs à fournir

- Justificatif de domicile récent
- Attestation d'assurance scolaire 2019-2020 pour **chaque enfant inscrit**
- RIB (Relevé d'Identité Bancaire) si demande de prélèvement
- Joindre l'autorisation de prélèvement \* voir Page 5

## AUTORISATIONS PARENTALES 2019-2020

Je soussigné(e) NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Responsable légal du ou des enfants inscrits page 1,

OUI  NON ➤ Autorise mon ou mes enfants à participer à l'ensemble des activités y compris baignade surveillée.

OUI  NON ➤ Atteste que mon ou mes enfants savent nager librement sur une longueur de 25 m

OUI  NON ➤ Certifie sur l'honneur que mon ou mes enfants sont couverts pour tous les risques pouvant survenir durant les différentes périodes de fonctionnement de l'ensemble des structures concernées.

➤ M'engage à informer par écrit ou par mail (portail.familles@ville-sathonaycamp.fr) les responsables de toutes les modifications (adresse, personnes à prévenir, téléphone...) ou remarques susceptibles d'améliorer les rapports avec la famille.

OUI  NON ➤ Autorise les organisateurs et les responsables à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires, tant médicales que chirurgicales, après avis médical.

➤ M'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon enfant.

OUI  NON ➤ Autorise à prendre des photos de mon ou mes enfants, à les publier et les exposer, y compris sur le site internet de la commune.

OUI  NON ➤ J'opte pour le prélèvement automatique pour le règlement de mes factures pour l'ensemble des structures : Centre de loisirs, Fripouilles, Restaurant scolaire, Multi-accueils (crèche) joindre un RIB et compléter de demande de prélèvement automatique p.5.

OUI  NON ➤ J'opte pour l'ouverture de mon accès au Portail Famille.

A Sathonay-Camp, le \_\_\_\_\_

Signature  
(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON (1 par enfant) 2019-2020

### ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

**Régime alimentaire**  Non /  Oui, lequel :  sans viande ;  autre \_\_\_\_\_

### Allergies alimentaires

Non, je certifie que mon enfant ne présente, à ma connaissance, aucune allergie alimentaire.

Oui, lesquelles \* : \_\_\_\_\_

**Vaccins obligatoires** (si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication)

DTP (date)    (Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite)

(Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication)

**L'enfant suit-il un traitement médical ?**  Non /  Oui (joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

**Allergies** : Asthme :  Non,  Oui / Médicamenteuses :  Non,  Oui / Autre :  Non,  Oui

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, opérations, rééducations, en précisant les dates et les précautions à prendre)

**Recommandations utiles des parents** : (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?)

**Traitement médical** :  Non /  Oui (fournir l'ordonnance et les médicaments marqués au nom et prénom de l'enfant).

**Y-a-t-il un P.A.I.** (Projet d'Accueil Personnalisé) :  Non /  Oui

**Si oui**, j'autorise l'utilisation du P.A.I. :  Non /  Oui (fournir le P.A.I.)

**NOM du médecin traitant** :



Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les  
renseignements portés sur cette fiche  
A Sathonay-Camp, le \_\_\_\_\_ Signature du responsable légal