



FICHE ADMINISTRATIVE 2020-2021

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEURS MULTI SITES – LES MOMES DU MARAIS
Accueil périscolaire - Accueil de loisirs le mercredi et les vacances scolaires

Réservé à l'administration :

- Dossier valide le : Dossier incomplet _____
 Maternelle Elémentaire AND – SER +11 ans, Maison des jeunes

1- L'ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance (01/01/2001) :

Sexe (M/F) :

Adresse = *Adresse de facturation*

Classe : _____ Ecole : Maternelle Andilly Elémentaire Sérigny
Elémentaire Andilly autre : _____

Existe-t-il un P.A.I. : oui non Allergie(s) connue(s) : _____

Régime alimentaire : _____

Assurance (nom et N° de contrat) : _____

N° allocataire CAF : _____ QF : _____

Autre lequel : _____ Numéro : _____ QF : _____

2- ETAT CIVIL DES PARENTS :

Nom du parent 1 :

Prénom :

Courriel :

Adresse - si différente de l'enfant

Portable / domicile:

Nom Employeur :

Téléphone Employeur :

Nom du parent 2 :

Prénom :

Courriel :

Adresse - si différente de l'enfant

Portable / domicile:

Nom Employeur :

Téléphone Employeur :

Y a-t-il eu décision du juge aux affaires familiales : non oui = fournir une copie

La garde est-elle : alternée Domicile du père Domicile de la mère

3- L'AUTORISATION PARENTALE :

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile : **oui** **non**

Possibilité de préciser une indication horaire de départ : _____

Autorise les personnes citées ci-dessous, sous présentation de la pièce d'identité, à venir chercher mon enfant :

Nom - Prénom	Lien de parenté	téléphone

Autorise à utiliser l'image de mon enfant pour promouvoir les activités réalisées par le service, par exemple sous forme d'affiche interne aux accueils de mineurs ou sur le site de la Mairie : **oui** **non**

4 – COPIE DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES A JOINDRE POUR VALIDATION

- Attestation de votre quotient familial caf ;**
- Attestation d'assurance** notifiant le nom votre enfant « Attestation individuelle d'accident conseillée » ;
- La fiche sanitaire de liaison ;**
- Vaccin ou carnet de santé à jour** ou document signé du médecin - avec le nom de l'enfant sur la copie ;
- Le dossier de PAI**, si enfant concerné.

5- URGENCE SANITAIRE :

Je (nous) soussigné(s), _____ autorise le responsable ou le personnel encadrant, le cas échéant rendu nécessaire par l'état de l'enfant, à prendre contact en priorité à un médecin ou autre professionnel urgentiste de la santé.

Je m'engage à prévenir l'accueil collectif de mineurs pour tout changement de d'information notifiée dans cette fiche d'inscription.

Je certifie exacts les renseignements de la fiche d'inscription et avoir pris connaissance du règlement intérieur.

Date et signature du parent 1

Date et signature du parent 2