

Ce dossier unique est obligatoire et sert à l'ensemble des services : accueil périscolaire, accueil de loisirs, restauration scolaire, point accueil jeunes.

Les autorisations doivent être signées si possible par les deux parents, OBLIGATOIREMENT pour les parents divorcés ou séparés.

**En cas de dossier incomplet les inscriptions ne seront pas validées**

**PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR :**

- Livret de famille.
- Justificatif de domicile de moins de trois mois.
- Le numéro allocataire CAF, MSA ou autres **OBLIGATOIRE**. Les familles MSA ou hors du département doivent fournir l'avis d'imposition sur les revenus (Année N-2)  
**Sans la copie complète de l'avis d'imposition c'est le tarif le plus haut qui s'applique pour tous les services.**
- En cas de divorce ou de séparation, copie du jugement concernant la garde de l'enfant.
- RIB pour les personnes souhaitant utiliser le prélèvement automatique (S'adresser au Guichet Unique « facturation »)

**L'ENFANT**

<b>Nom(s) :</b>	<b>Prénom(s) :</b>
<b>Etablissement scolaire :</b>	<b>Classe :</b>
<b>Date d'entrée :</b>	

Sexe :     fille     garçon    Date de naissance : .....

à (ville + département) : ..... Nationalité : .....

Adresse principale : .....

Assurance scolaire ou responsabilité civile (se trouvant sur le contrat habitation) N° adhérent + Nom de la compagnie : .....

Numéro CAF ou MSA auquel est rattaché l'enfant : .....

Numéro Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : .....

**Situation familiale des parents ou des représentants légaux :**

- marié     pacsé     union libre     veuf ou veuve     célibataire     divorcé     séparé

**Situation de l'enfant en cas de divorce ou séparation, copie du jugement de divorce obligatoire**

- Résidence principale au domicile de la maman     Résidence Garde alternée  
 Résidence principale au domicile du papa     Autre : .....

### MERE/ RESPONSABLE LEGALE / FAMILLE D'ACCUEIL

Nom et prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

☎ n° 1 :

☎ n° 2 :

☎ pro :

E-mail : ..... @ .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Profession et employeur : .....

### PERE / RESPONSABLE LEGAL / FAMILLE D'ACCUEIL

Nom et prénom : .....

Adresse complète : .....

.....

☎ n° 1 :

☎ n° 2 :

☎ pro :

E-mail : ..... @ .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Profession et employeur : .....

### PORTAIL / FACTURATION

Pour accéder au portail famille, qui vous permet de réserver ou d'annuler toutes les activités, de payer en ligne si vous le souhaitez, il faut nous fournir une adresse mail valide et un mot de passe de votre choix.

e-mail : ..... @ .....

Mot de passe .....

**Nom et prénom de la personne à facturer :** .....

### Autres enfants vivants dans la famille :

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole	Classe

### PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT (AUTRE QUE LES PARENTS)

**(Écrire lisiblement). Attention, un mineur ne pourra pas récupérer l'enfant, sauf s'il est inscrit dans la liste ci-dessous.**

Nom :

Après l'école

Prénom :

Après les ateliers « découverte » (TAP)

Téléphones : n°1 :

Après l'accueil périscolaire

n°2 :

Après l'ALSH ou le PAJ

Lien avec l'enfant :

En cas d'urgence

---

Nom :

Après l'école

Prénom :

Après les ateliers « découverte » (TAP)

Téléphones : n°1 :

Après l'accueil périscolaire

n°2 :

Après l'ALSH ou le PAJ

Lien avec l'enfant :

En cas d'urgence

---

## AUTORISATIONS :

### BAIGNADE

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées dans le cadre d'activités encadrées :

oui       non

### DROIT A L'IMAGE

J'autorise que les prises de vue de mon enfant (photos ou vidéos) soient utilisées sur tous les supports dans le cadre de la communication de la ville de Gannat (pour une durée illimitée).

oui       non

J'autorise que les prises de vue de mon enfant (photos ou vidéos) soient utilisées sur la page « facebook » du point accueil jeunes de la ville de Gannat (pour une durée illimitée).

oui       non

### URGENCE

Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence.

Je soussigné(e) / nous soussignons : .....

responsable(s) légal(aux) de : .....

Autorise / autorisons le personnel à prendre toutes les mesures d'urgence nécessaires suivant les prescriptions du médecin ayant consulté mon enfant.

oui       non

### TRANSPORTS

Dans le cas où votre enfant est inscrit sur une activité particulière, médiathèque, musée, cinéma, sorties etc.

J'autorise mon enfant à être transporté par un véhicule de service (bus municipal, minibus, voiture) ou à pied dans le cadre de déplacements quotidiens ou spécifiques.

oui       non

### SORTIES (seul/e)

-J'autorise mon enfant ..... à rentrer seul.

Je soussigné(e).....assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

Après les ateliers « découvertes » : TAP (16h30) les mardis et vendredis

Après l'accueil périscolaire ou extrascolaire : 18h30 au départ des écoles du Malcourlet et Pasteur, ou aux heures d'arrivée du bus (18h10 au Champ de Foire, 18h20 au Malcourlet, 18h30 à Pasteur), ou 17h30 ou 18h à Mazerier, ou au terme de l'accueil au Point accueil jeunes.

## **FEUILLE MEDICALE A REMPLIR (à l'aide du carnet de santé)**

Médecin traitant : Dr ..... ☎ :

VACCIN OBLIGATOIRES	FAIT		Date du dernier rappel
DIPHTERIE/TETANOS/POLIOMYELITIS/ COQUELUCHE	Oui	Non	
VACCINS RECOMMANDES	FAIT		Date du dernier rappel
BCG	Oui	Non	
HEPATITE B	Oui	Non	
Rubéole/Oreillons/Rougeole	Oui	Non	
Infections invasives à PNEUMOCOQUE	Oui	Non	

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.**

Votre enfant a-t-il des allergies ? :

Asthme  oui  non

Alimentaires  oui  non

Médicamenteuses  oui  non

Autres  oui  non précisez : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir : .....

Votre enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident...) pour lesquelles un traitement médical ou des précautions particulières sont à prendre ?  Oui  Non

Si oui, précisez : .....

**Si votre enfant a une allergie ou une difficulté de santé qui nécessite un traitement d'urgence, vous devez mettre en place OBLIGATOIREMENT un PAI.**

Votre enfant a-t-il un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?  Oui  Non

**Si votre enfant a un PAI dans le cadre scolaire, merci de fournir une copie de celui-ci. Le service sera informé afin de mettre en place les mesures nécessaires pour les accueils extra – scolaires (accueil de loisirs et point accueil jeunes)**

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole  oui  non

Scarlatine  oui  non

Coqueluche  oui  non

Rhumatisme articulaire aigu  oui  non

Otite  oui  non

Rougeole  oui  non

Varicelle  oui  non

Oreillons  oui  non

Angine  oui  non

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, une prothèse auditive  ou dentaire  ?

Quelles sont vos recommandations : .....

*Ces renseignements ne seront en aucun cas transmis à un service externe à la mairie, sauf en cas de besoin, au Trésor Public qui se charge des recouvrements, et en gendarmerie en cas d'enquête.*

Je soussigné(e)/ nous soussignons :  père  mère  tuteur légal

Déclare / déclarons sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus. Toute fausse déclaration entraînerait d'éventuelles poursuites, conformément à l'article 441-7 du Code pénal.

Déclare / déclarons sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur des différents services.

Date : ..... à : .....

**SIGNATURES DES PARENTS :**

**Cadre réservé à l'administration**

Dossier complet

Dossier incomplet

Pièce(s) manquante(s) : .....

Signature du service administratif :

