



DOSSIER ADMINISTRATIF 2024

CLAE – CANTINE – CENTRE DE LOISIRS

VALABLE POUR LE CYCLE MATERNEL / ELEMENTAIRE

A fournir pour toute 1^{ère} inscription (ex : 1^{ère} année de maternelle, nouveaux Cormeillais ...)

COMPOSITION DE LA FAMILLE

En cas de séparation, il est indispensable de renseigner les adresses des 2 responsables légaux.

** Si changement d'adresse, fournir un justificatif de domicile de moins de 3 mois*

	PERE	MERE	<input type="checkbox"/> BEAU-PERE <input type="checkbox"/> BELLE-MERE
Nom			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Situation de famille	Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/>	Mariée <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Veuve <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Adresse *			
Code postal			
Ville			
domicile			
portable			
travail			
Profession			
Employeur (nom + ville)			
Mail			
Autorité parentale (*) fournir le jugement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> (*)	
Résidence de l'enfant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la facturation et à la gestion des inscriptions dans les clae/clsh/cantine/écoles.

Le destinataire des données est le service Education-Jeunesse.

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 en vous adressant au service Education-Jeunesse. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Sexe (M/F)	Date de naissance	Etablissement scolaire

NUMERO D'ALLOCATIONS FAMILIALES :

AUTORISATIONS

SOINS

Nous soussignés, Madame et Monsieur (*)

AUTORISONS le personnel d'animation à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant (transfert aux urgences).

DECHARGEONS la direction de la structure de toute responsabilité pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISONS l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensable au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes ci-dessus mentionnées (*) seront prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDONS au personnel d'animation, en cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.

CERTIFIONS n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

PHOTOGRAPHER / FILMER

Nous soussignés, Madame et Monsieur.....

(*) Rayer les mentions non autorisées

AUTORISONS que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- * La Structure elle-même (journal interne ...)
- * Le Service Communication de la ville ou de la communauté de communes
- * La Presse
- * Le Site Internet, CD-ROM et autres supports informatiques de la structure
- * Les Stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIONS ne pas utiliser à d'autre usage qu'un usage familial les photos ou les films reçus

SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur

AUTORISONS mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

TRANSPORT EN COMMUN

Nous soussignés, Madame et Monsieur

AUTORISONS mon enfant à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER LE(S) ENFANT(S) SUR LA STRUCTURE D'ACCUEIL

Nous soussignés, Madame et Monsieur

AUTORISONS les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de Parenté

CORMEILLES EN PARISIS, LE SIGNATURES DES PARENTS



PIECES A FOURNIR
POUR LE DOSSIER ADMINISTRATIF
EDUCATION / JEUNESSE

- **Copie de l'avis d'imposition 2023 (sur les revenus 2022).**
- **Copie de l'attestation de paiement des allocations familiales.**
- **Copie du justificatif de domicile de moins de 3 mois.**
- **Attestation d'assurance de responsabilité civile.**
- **Fiche sanitaire dûment remplie et signée (une par enfant).**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				BCG	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons- Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

<u>RUBÉOLE</u>	<u>VARICELLE</u>	<u>ANGINE</u>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u>	<u>SCALARTINE</u>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
<u>COQUELUCHE</u>	<u>OTITE</u>	<u>ROUGEOLE</u>	<u>OREILLONS</u>	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES* :

ASTHME Oui Non

MÉDICAMENTEUSES Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non

AUTRES.....

*si oui : Faire une demande de PAI (Projet d'accueil individualisé) auprès du Service Education Jeunesse.

Nom et téléphone du médecin traitant :

INDIQUEZ CI-APRÈS

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) 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 Précisez.

.....
.....
.....
.....

Nous soussignés, Madame et Monsieur responsables légaux de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : Signature