



MARCHIENNES

Ville de toutes les passions.

Dossier Familial Unique :

Année Scolaire :

2024 / 2025

- Restauration Scolaire
- Accueil Périscolaire
- Accueil de loisirs du Mercredi
- Petites Vacances Scolaires
- Accueil de Loisirs de Juillet

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Un seul dossier par famille à déposer au **Bureau du Service Enseignement Animation Jeunesse** avant toute inscription sur le portail famille.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

(de la personne à qui sera adressé tous les courriers administratifs, factures, attestations etc)

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : / / / / / Téléphone portable : / / / / /

Téléphone Professionnel : / / / / /

Adresse mail : (une seule possible) : _____

Pour tout nouveau dossier, veuillez joindre une attestation de votre CAF indiquant votre quotient familial (le mois en cours de l'inscription).

Pièces à fournir au dossier :

- Attestation assurance
- Fiche sanitaire (attention une fiche par enfant)

Numéro Allocataire CAF : _____

1^{er} Enfant : Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____

- Ecole :**
- F.DOLTO
 - G.BRASSENS
 - G.MEAULNES
 - STE THERESE
- Nom de l'Enseignant (e)

2^{ème} Enfant : Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____

- Ecole :**
- F.DOLTO
 - G.BRASSENS
 - G.MEAULNES
 - STE THERESE
- Nom de l'Enseignant (e)

3^{ème} Enfant : Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____

- Ecole :**
- F.DOLTO
 - G.BRASSENS
 - G.MEAULNES
 - STE THERESE
- Nom de l'Enseignant (e)

4^{ème} Enfant : Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____

- Ecole :**
- F.DOLTO
 - G.BRASSENS
 - G.MEAULNES
 - STE THERESE
- Nom de l'Enseignant (e)

Renseignements du foyer :

Situation des parents :

Marié Célibataire Concubin Divorcé Séparé Pacsé

Nom du Père : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Nom de la Mère : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Nom du Beau Père : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Nom de la Belle Mère : _____

Prénom : _____

Adresse :

Téléphone domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Téléphone Employeur : _____

Profession : _____

Adresse de l'employeur :

Personnes autorisées à reprendre les enfants :

Personne 1 :

Nom _____ Prénom : _____

Lien de parenté : Proche Amis Voisin(e) Autres _____

Adresse : _____

Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Personne 2 :

Nom _____ Prénom : _____

Lien de parenté : Proche Amis Voisin(e) Autres _____

Adresse : _____

Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Personne 3 :

Nom _____ Prénom : _____

Lien de parenté : Proche Amis Voisin(e) Autres _____

Adresse : _____

Téléphone : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Attestations et Autorisations (cochez les cases ci-dessous si accord)

Je soussigné (e) :.....

Représentant légal du ou des enfant(s) désigné(s) ci-dessus :

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le Service Enseignement Jeunesse de **tout changement éventuel** (adresse, problème de santé, situation familiale etc...)

Reconnais également avoir pris connaissance **du règlement intérieur** relatif à la restauration scolaire et aux activités périscolaires et extrascolaires.

Autorise la Mairie **à publier et utiliser les photographies** sur lesquelles figurent mon (mes) enfant(s) fréquentant le service de restauration scolaire, accueil périscolaire et extrascolaire qui seraient prises dans le cadre des activités. Celles-ci pourront être reproduites par la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Site internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part. **(conformément à l'article 9 du code civil)**

Autorise les responsables de la Mairie **à prendre en cas d'urgence les dispositions jugées** indispensables pour la santé de mon (mes) enfant(s), y compris le(s) faire transporter à l'hôpital le plus proche.

Autorise mon ou mes enfant(s) à participer **à toutes les activités et sorties** du centre et **à utiliser les transports** liés aux activités.

Autorise l'équipe d'animation **à maquiller** mon ou mes enfant (s) Oui Non

Fait à : **Signature :**

Le :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Garçon **Fille**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

Maladies

Angine rougeole Coqueluche
 Rhumatisme Oreillons Otite
 Rubéole Scarlatine Varicelle

Allergies

Alimentaires Asthme
 Médicamenteuses

Difficultés de santé

Recommandations utiles des parents

Repas spéciaux

P A I (Fournir le dossier PAI)
 Sans porc
 Végétarien

Nom du médecin traitant _____

☎ _____

Adresse : _____

VACCINATIONS

VACCINS	Date des derniers rappels
DIPHTERIE	
TETANOS	
POLIOMYELITE	
<u>OU</u> DT POLIO	
<u>OU</u> TETRACOQ	
B C G	
HEPATITE B	
RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
COQUELUCHE	
AUTRES (préciser)	

Je soussigné (e) _____

Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :

Autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 6 ans) dans le cadre du périscolaire (avant et après l'école), du mercredi, de l'ACM des petites vacances scolaires ou de l'ACM de juillet.

ACM : Accueil Collectif de Mineurs Oui Non



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT :

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de Naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Garçon **Fille**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle est à communiquer sous enveloppe cachetée portant le nom du mineur et vous sera rendue ou détruite à la fin du séjour.

Maladies

Angine rougeole Coqueluche
 Rhumatisme Oreillons Otite
 Rubéole Scarlatine Varicelle

Allergies

Alimentaires Asthme
 Médicamenteuses

Difficultés de santé

Recommandations utiles des parents

Repas spéciaux

P A I
 Sans porc
 Autres

Nom du médecin traitant _____

☎ _____

Adresse : _____

VACCINATIONS

VACCINS	Date des derniers rappels
DIPHTERIE	
TETANOS	
POLIOMYELITE	
<u>OU</u> DT POLIO	
<u>OU</u> TETRACOQ	
B C G	
HEPATITE B	
RUBEOLE OREILLONS ROUGEOLE	
COQUELUCHE	
AUTRES (préciser)	

Je soussigné (e) _____

Responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____

Signature :

Autorise mon enfant à rentrer seul (à partir de 6 ans) dans le cadre du périscolaire (avant et après l'école), du mercredi, de l'ACM des petites vacances scolaires ou de l'ACM de juillet.

ACM : Accueil Collectif de Mineurs Oui Non