

# Service Education, Loisirs & Citoyenneté

## Dossier de suivi des dispositifs éducatifs

*En respect de la loi « Informatique et Libertés », les données ci-dessous ne seront utilisées que pour le traitement des informations dans le cadre de l'inscription de vos enfants dans nos structures éducatives. Elles resteront donc confidentielles et ne feront l'objet d'aucun autre traitement que celui-ci.*

Nom : .....

Age : .....

Prénom : .....

### Les dispositifs

Restauration Scolaire

Accueil de Loisirs Périscolaire

Ecole municipale de musique

Instrument : .....

Ecole municipale de danse

Ecole municipale de natation

(Ecole municipale de foot)

Accueil de Loisirs

Club Ados

Pass' S2C

Date de validité : .....

Séjour Hiver

Séjours Été

## Renseignements concernant l'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Adresse : ..... Quartier : .....

Code postale : ..... Ville : .....

Etablissement scolaire : .....

Classe : .....

Vit chez :  ses deux parents  son père  sa mère

## Responsables légaux

**Mère** **Autorité parentale :**  oui  non

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Situation familiale :  célibataire  mariée  divorcée  séparée  vit maritalement

Adresse : ..... Code postal : .....

..... Ville : .....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email : ..... @ .....

Profession : ..... Employeur : .....

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

CAF : N° allocataire : ..... Quotient Familial: .....

N° sécurité sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

**Père** **Autorité parentale :**  oui  non

Nom : ..... Prénom : .....

Situation familiale :  célibataire  marié  divorcé  séparé  vit maritalement

Adresse : ..... Code postal: .....

..... Ville : .....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email : ..... @ .....

Profession : ..... Employeur : .....

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

CAF : N° allocataire : ..... Quotient Familial : .....

N° sécurité sociale : \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_

**Autre responsable légal (personne physique ou morale)**

Autorité parentale :  oui  non

Organisme : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : ..... Code postal : .....  
..... Ville : .....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email : ..... @ .....

Profession : ..... Employeur : .....

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

**Personnes à appeler en cas d'urgence et/ou autorisées à reprendre l'enfants**

1<sup>ere</sup> personne : Nom ..... Prénom .....

2<sup>eme</sup> personne : Nom ..... Prénom .....

3<sup>eme</sup> personne : Nom ..... Prénom .....

Si différents des responsables légaux :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : ..... Code postal : .....  
..... Ville : .....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email : ..... @ .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : ..... Code postal : .....  
..... Ville : .....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Email : ..... @ .....

## Santé

Difficultés de santé – Précautions à prendre – Conduite à tenir :

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

Recommandations utiles des parents :

.....  
.....

Médecin traitant : .....

Adresse : .....

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

Centre hospitalier de référence : .....

Adresse : .....

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

## Autorisations

Je, soussigné(e) .....

→ autorise mon fils / ma fille\* .....

- à utiliser les dessertes proposées  Oui  Non

Arrêts : .....

- à repartir seul (de la structure ou du point de desserte)  Oui  Non

→ autorise la municipalité à utiliser l'image de mon enfant pour la promotion des actions municipales (presse, video, exposition, facebook...)  Oui  Non

*\*barrer la mention inutile*

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise les responsables de structures à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à ..... le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature

## LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE

### **Sanitaire**

Photocopie du carnet de vaccinations ou certificat médical attestant que l'enfant est à jour dans ses vaccins

PAI délivré par un allergologue en cas d'allergies

Ordonnance en cas de traitement

### **Assurance**

Photocopie de la carte de sécurité sociale du responsable légal

Photocopie de la carte de mutuelle du responsable légal

Attestation d'assurance de responsabilité civile

### **Accompagnement**

Avis d'imposition (n-1) du responsable légal

Feuille d'Aide aux Temps Libre (en cours)

Notification des prestations versées par la CAF (n-1)

Tickets vacances

### **Divers**

Photocopie de la carte d'identité

Justificatif de domicile

Photos d'identité

Brevet de natation / Attestation d'aisance aquatique

Dernier diplôme FRSM obtenu (musique)

Dernier diplôme ESF obtenu (ski)

## FORMULAIRES SUPPLEMENTAIRES

Ecole municipale de musique

Ecole municipale de Danse

Ecole municipale de Natation

Accueil de Loisirs

Club Ados

Parcours éducatifs