

# FICHE FAMILLE

## Année scolaire 2021 / 2022

Fiche d'informations valable sur une seule année scolaire et pour l'ensemble des activités proposées par le service Jeunesse (accueils périscolaires, accueils de loisirs mercredis et vacances, activités jeunes et local jeunes).

**FICHE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT TOUS LES ANS**

**RÉFÉRENT DU DOSSIER :**    Responsable légal 1                       Responsable légal 2

**RESPONSABLE LEGAL 1**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : Mère  Père  Tuteur   
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Situation familiale : Célibataire  Marié/Pacsé   
Union libre  Séparé/Divorcé  Veuf   
Profession : .....  
Employeur : .....  
Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tél. travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse mail : .....

**RESPONSABLE LEGAL 2**

NOM : .....  
Prénom : .....  
Lien avec l'enfant : Mère  Père  Tuteur   
Adresse : .....  
Code Postal : .....  
Ville : .....  
Situation familiale : Célibataire  Marié/Pacsé   
Union libre  Séparé/Divorcé  Veuf   
Profession : .....  
Employeur : .....  
Tél. domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Tél. travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Téléphone portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse mail : .....

Informations Allocataire :    CAF                       MSA  (si MSA, fournir un justificatif)

Département de l'organisme : .....                      Numéro allocataire : .....

Quotient familial : .....

**Autorisations parentales :**

(rayer si besoin les mentions avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord)

- J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du service autorisées par la réglementation y compris lorsqu'elles nécessitent un transport en autocar, minibus ou véhicule personnel d'animateur professionnel,
- J'autorise le service à prendre des photos et vidéos de mon enfant et à les diffuser à des fins d'information sur le site internet (ou magazine, newsletter, page Facebook) de la CCV et des communes du territoire,
- J'autorise le service Communication à récupérer mon adresse mail pour l'envoi de la newsletter de la CCV,
- J'autorise le service Jeunesse à visionner les données concernant mon quotient familial CAF,
- J'autorise le directeur à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.

**J'atteste :**

- Avoir pris connaissance des modalités d'organisation du service et du règlement intérieur,
- Avoir souscrit à un contrat d'assurance en responsabilité civile qui couvre les activités extra et périscolaires pratiquées par mon enfant,
- Être informé qu'en cas d'absence, les frais de séjour feront l'objet d'un remboursement uniquement sur présentation d'un certificat médical transmis au plus tard dans les 48 heures, que l'organisateur se réserve le droit de modifier ou annuler les activités en cas de nécessité, que l'organisateur ne peut être tenu responsable en cas de perte ou de vol d'objet personnel,
- Être informé que l'équipe encadrante ne peut être tenue responsable de l'enfant en dehors des horaires mentionnés sur la plaquette d'informations de chaque activité.

**Personnes habilitées à venir récupérer le(s) enfant(s) (autre que les représentants légaux) :**

NOM / PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

**Personne non autorisée à venir récupérer le(s) enfant(s) :**

NOM / PRENOM ..... Qualité : ..... **(fournir copie du jugement)**

**Je soussigné(e).....certifie l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à prévenir le service Jeunesse en cas de changement et à les mettre à jour sur le portail famille en cours d'année.**

Fait à : ....., le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_                      **Lu et approuvé, Signature :**

**ENFANT 1 :** Accueil périscolaire  Mercredis  Vacances  Activités Jeunes  Local jeunes   
Autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI  NON  (11-16 ans) (Grièges)

Nom/Prénom(s) : ..... Sexe : Féminin  Masculin   
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Classe en 2021-2022 : ..... Ecole : .....  
Médecin traitant : ..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence : .....

Date rappel vaccins obligatoires :	DT POLIO	Coqueluche	HIB	Hépatite B	Pneumo-coque	Méningo-coque C	ROR
Né(e) avant 01/01/18				<del>.....</del>			
Né(e) à partir du 01/01/18							

Allergies : OUI  NON  Si oui, préciser causes/précautions à prendre : .....  
PAI (si oui, fournir obligatoirement la photocopie) : OUI  NON   
Difficultés/recommandations de santé (maladie, accident, opération...) : .....  
Autres (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire...) : .....  
Type de repas : Standard  Sans porc  Végétarien  Autre (préciser)  .....

**ENFANT 2 :** Accueil périscolaire  Mercredis  Vacances  Activités Jeunes  Local jeunes   
Autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI  NON  (11-16 ans) (Grièges)

Nom/Prénom(s) : ..... Sexe : Féminin  Masculin   
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Classe en 2021-2022 : ..... Ecole : .....  
Médecin traitant : ..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence : .....

Date rappel vaccins obligatoires :	DT POLIO	Coqueluche	HIB	Hépatite B	Pneumo-coque	Méningo-coque C	ROR
Né(e) avant 01/01/18				<del>.....</del>			
Né(e) à partir du 01/01/18							

Allergies : OUI  NON  Si oui, préciser causes/précautions à prendre : .....  
PAI (si oui, fournir obligatoirement la photocopie) : OUI  NON   
Difficultés/recommandations de santé (maladie, accident, opération...) : .....  
Autres (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire...) : .....  
Type de repas : Standard  Sans porc  Végétarien  Autre (préciser)  .....

**ENFANT 3 :** Accueil périscolaire  Mercredis  Vacances  Activités Jeunes  Local jeunes   
Autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI  NON  (11-16 ans) (Grièges)

Nom/Prénom(s) : ..... Sexe : Féminin  Masculin   
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Classe en 2021-2022 : ..... Ecole : .....  
Médecin traitant : ..... Etablissement hospitalier en cas d'urgence : .....

Date rappel vaccins obligatoires :	DT POLIO	Coqueluche	HIB	Hépatite B	Pneumo-coque	Méningo-coque C	ROR
Né avant 01/01/18				<del>.....</del>			
Né(e) à partir du 01/01/18							

Allergies : OUI  NON  Si oui, préciser causes/précautions à prendre : .....  
PAI (si oui, fournir obligatoirement la photocopie) : OUI  NON   
Difficultés/recommandations de santé (maladie, accident, opération...) : .....  
Autres (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire...) : .....  
Type de repas : Standard  Sans porc  Végétarien  Autre (préciser)  .....