

DOSSIER ADMINISTRATIF

Service Enfance Jeunesse et Scolaire

2024 - 2025

! Ne fournir qu'un seul dossier administratif par enfant pour l'ensemble des services :
RESTAURATION SCOLAIRE, GARDERIE, ACCUEIL DE LOISIRS et TICKETS SPORTS

Valable du 08/07/2024 au 04/07/2025

VOTRE ENFANT

NOM : **Prénom** : **Sexe** : F M + 6 ANS - 6 ANS

Né le : à : **N° de sécurité sociale** :

Adresse où vit l'enfant :

Etablissement fréquenté : (1) Groupe scolaire A. Lefiliâtre de Montebourg Ecole Maternelle de Montebourg
 Ecole Notre Dame de Montebourg RPI de Quinéville
 Collège Tiphaigne de la Roche Collège de l'Abbaye
 Autres, Précisez :

Classe (à la rentrée 2024) :

REPRESENTANTS LEGAUX

PARENT 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ et 📞 (2) :/.....

☎ Professionnel :

Profession – Employeur

(Fournir attestation pour la garderie uniquement)

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ et 📞 (2) :/.....

☎ Professionnel :

Profession – Employeur

(Fournir attestation pour la garderie uniquement)

Adresse mail de contact :

.....@.....

[Adresse mail obligatoire pour bénéficier du portail famille (Paiement, inscriptions en ligne, consultation des factures...)]

Situation de famille (1) : Marié(e)/Pacsé(e)/Concubinage Divorcé(e)/Séparé(e)
 Célibataire Veuf (ve)

(1) cocher la ou les cases correspondantes

(2) Il est impératif que vous soyez joignable en cas de problème lorsque votre enfant est sous notre responsabilité

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : FICHE SANITAIRE

Médecin traitant : Téléphone :

Groupe Sanguin :

- L'enfant fait-il la sieste ? Oui Non

- L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non si oui Lequel ?

- Un PAI (protocole d'accueil individualisé) a-t-il été signé avec l'établissement scolaire ? Oui Non
si oui, fournir une copie, faute de quoi aucun traitement ne sera administré

Joindre éventuellement une photocopie du carnet de santé (vaccins)

| <u>Vaccination</u> | <u>Dernier rappel</u> | <u>Maladies</u> | <u>Oui</u> | <u>Non</u> |
|--------------------|-----------------------|------------------------|------------|------------|
| BCG |/...../..... | Angine | | |
| Hépatite B |/...../..... | Coqueluche | | |
| ROR |/...../..... | Oreillons | | |
| Tétracoq |/...../..... | Rhumatisme articulaire | | |
| Dt Polio |/...../..... | Rougeole | | |
| Diptérie |/...../..... | Rubéole | | |
| Polyomélite |/...../..... | Scarlatine | | |
| Tétanos |/...../..... | Varicelle | | |
| Autres (précisez) |/...../..... | Autre (précisez) | | |

Recommandations des parents :

Indiquer les difficultés de santé rencontrées (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations) en précisant les dates et précautions à prendre.

.....

Allergies :

Médicamenteuses : Oui Non Si oui Lesquelles ?

.....

Alimentaires : Oui Non Si oui Lesquelles ?

.....

Autres : Asthme : Oui Non

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si les responsables légaux ne sont pas joignables)

| Nom et prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|---------------|--------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

PRESTATIONS SOCIALES ET FAMILIALES

Régime : CAF MSA Autres :

N° d'allocataire : Quotient familial* :

*Attention, vous devez nous fournir obligatoirement une attestation de quotient familial (disponible auprès de la CAF/MSA), afin de bénéficier de tarif préférentiel et dans les cas suivants :

- ✓ Pour l'inscription à l'ALSH.
- ✓ Pour l'inscription aux Tickets Sports si votre quotient est inférieur ou égal à 620.

FRERES ET SŒURS scolarisés sur le canton de Montebourg

| NOM | PRENOM | Classe | Etablissement et services fréquentés (1) | | | | | |
|-----|--------|--------|--|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------|---------------------------|
| | | | Collège Tiphaigne de la Roche | Groupe scolaire A. Lefiliâtre | Ecole Maternelle Publique | RPI de Quinéville | Ecole Notre Dame | Collège de l'abbaye |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Compagnie d'assurance : N° de contrat :

AUTORISATIONS

J'autorise les personnes ci-dessous à reprendre mon enfant :

| Nom et prénom | Lien avec l'enfant | Téléphone |
|---------------|--------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Attention toutes les personnes non mentionnées ne seront pas autorisées à reprendre l'enfant

J'autorise l'organisateur à prendre toutes les mesures rendues nécessaires pour régler tout problème urgent de santé et de sécurité de mon enfant (traitement médical, hospitalisation...)

Oui Non

J'autorise le Pôle de proximité de Montebourg à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre du temps périscolaire et extrascolaire, publier ces images dans divers supports médiatiques et les utiliser dans sa communication :

Oui Non

J'autorise mon enfant à partir seul après les activités et je décharge le service enfance jeunesse et scolaire du pôle de proximité de Montebourg de toute responsabilité. (Attention pas de départ seul du service garderie)

Tickets Sports : Oui Non

ALSH : Oui Non

ATTESTATIONS

- J'atteste qu'il ne présente aucune incompatibilité avec la pratique d'activités physiques et sportives.
- J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile pour l'année scolaire 2024/2025.
- Je m'engage à informer le pôle de proximité de Montebourg de tout changement de situation.

Je soussigné(e)responsable légal(e) certifie avoir pris connaissance des horaires d'ouverture et fermeture des différentes structures, des différents règlements intérieurs, des conditions d'inscriptions et m'engage à les respecter.

Le

Le(s) Représentant(s) Légal (aux)

Signature(s)