



DOSSIER FAMILLE UNIQUE

A remplir obligatoirement pour toute inscription aux accueils, à la restauration scolaire, aux activités et/ou en ALSH.



*A remettre à l'accueil familles
accompagné des pièces demandées plus bas.*

Document téléchargeable sur le portail famille : ville-bruyeres.portail-defi.net
Et disponible à l'accueil familles au 12 avenue Chanzy 88600 BRUYERES – 03 29 50 54 98

FAMILLE

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
Nom- Prénom : _____	Nom- Prénom : _____
N° allocataire CAF : _____	
<ul style="list-style-type: none"> <u>Situation de famille :</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <u>Adresse du foyer :</u> N° : _____ Complément (bis, ter...) : _____ Rue : _____ CP : _____ Ville : _____ <u>Téléphone :</u> Domicile : _____ Portable : _____ 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Situation de famille :</u> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Pacsé (e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé (e) <u>Adresse du foyer :</u> N° : _____ Complément (bis, ter...) : _____ Rue : _____ CP : _____ Ville : _____ <u>Téléphone :</u> Domicile : _____ Portable : _____

ENFANTS QUI COMPOSENT LE FOYER EN ECOLE ELEMENTAIRE OU MATERNELLE

NOM	PRENOM	SEXE (F/M)	DATE DE NAISSANCE	ECOLE	CLASSE

EN CAS DE SEPARATION : COORDONNEES DES CONJOINTS

(joindre obligatoirement une copie du jugement ou attestation sur l'honneur)

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>
Nom- Prénom :	Nom- Prénom:
<hr/>	<hr/>
<ul style="list-style-type: none">• <u>Situation de famille :</u> Marié(e) Union libre Pacsé(e)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Situation de famille :</u> Marié(e) Union libre Pacsé(e)
<ul style="list-style-type: none">• <u>Téléphone :</u>	<ul style="list-style-type: none">• <u>Téléphone :</u>
Tél : _____	Tél : _____

AUTORISATIONS

- J'autorise la ville de Bruyères à me transmettre des informations par mail
OUI NON

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Merci de fournir les photocopies des documents suivants :

- Attestation de quotient familial CAF ou MSA
- En cas de séparation : copie du jugement (uniquement si changement de situation depuis l'année scolaire 2020-2021)
- 1 fiche "enfant" pour chaque enfant
- Photocopie des vaccins pour chaque enfant

Acceptez-vous de recevoir vos factures par mail :

OUI NON

Si OUI adresse de messagerie :

_____ @ _____

Le _____

Signature du représentant légal



FICHE ENFANT



*A remettre à l'accueil familles
accompagnée des pièces demandées plus bas.*

Document téléchargeable sur le portail famille : ville-bruyeres.portail-defi.net
Et disponible à l'accueil familles au 12 avenue Chanzy 88600 BRUYERES – 03 29 50 54 98

ETAT-CIVIL DE L'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____ Age : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Classe et école fréquentée depuis la rentrée : _____

- L'enfant est-il en famille d'accueil, suivi par un éducateur ou un organisme social : OUI NON
Si oui, lequel : _____
Coordonnées : _____
- L'enfant dispose-t-il d'un PAI* : _____ OUI NON
- **Type de repas :** Repas classique Repas sans porc Autre _____

Pour tous soucis de santé ou autre cas de régime alimentaire, il est demandé de prendre rendez vous avec la responsable des accueils périscolaires Jennifer GEHIN au 06-45-61-17-13 avant l'accueil de l'enfant.

AUTORISATIONS

- J'autorise mon enfant à être photographié ou filmé dans le cadre des Activités Périscolaires afin d'illustrer des supports de communication (journal, affiches, site web, vidéo, etc...) et donne mon consentement à la diffusion de l'image de mon enfant et cela à titre gratuit. Ces photographies ne feront en aucun cas l'objet d'une utilisation ou diffusion commerciale.
OUI NON

PERSONNES SUSCEPTIBLES DE VENIR CHERCHER L'ENFANT OU A JOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM	PRENOM	TELEPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT

PIECES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Fiche sanitaire de liaison à jour

ENGAGEMENTS DU OU DES RESPONSABLES LEGAUX

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ces fiches

Le _____

Signature du représentant légal

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant : fille garçon Date de naissance :
Nom : Prénom :
Adresse :
Année scolaire :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

II - Renseignements médicaux :

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datée du traitement en cours.

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

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Allergies : médicamenteuses oui non asthme oui non
_Alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles : Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : Prénom :
Tél. domicile : Tél portable :

Nom et tél. du médecin traitant :

Je soussigné(e),..... responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du pôle jeunesse à prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (précédée de la mention lu et approuvé) : Date :