



MAIRIE DE PUSIGNAN

DOSSIER FAMILLE

Pôle Enfance-Jeunesse

Cadre réservé à l'administration

FAMILLE :

Coefficient CAF :

Date :

Coefficient impôts :

Date de l'élaboration du dossier :

RESPONSABLE(S) DU ou DES ENFANT(S)

NOM :

Prénom :

Situation familiale :

Adresse : N° de Voie :

Rue :

Date et lieu de naissance :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Email :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Tél. professionnel :

Horaires de travail :

NOM :

Prénom :

Situation familiale :

Adresse : N° de Voie :

Rue :

Date et lieu de naissance :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

Portable :

Email :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Tél. professionnel :

Horaires de travail :

Prestations familiales et assurances

Allocataire : père

mère

autre (précisez)

Numéro allocataire CAF ou MSA :

Caisse de :

Numéro Sécurité Sociale :

Nom de l'allocataire :

ENFANTS DE LA FAMILLE

1er enfant :

NOM : Prénom : Age :

Né le À : (ville + dpt) : Sexe :

Régime alimentaire : NON OUI lequel :

Allergies : NON OUI lesquelles :

Vaccination :

Vaccins	BCG	DTCP	ROR	INFANTRIX	HEPATITE B	
Dates						

J' autorise mon enfant à partir seul de l'établissement : oui non

2ème enfant :

NOM : Prénom : Age :

Né le À : (ville + dpt) : Sexe :

Régime alimentaire : NON OUI lequel :

Allergies : NON OUI lesquelles :

Vaccination :

Vaccins	BCG	DTCP	ROR	INFANTRIX	HEPATITE B	
Dates						

J' autorise mon enfant à partir seul de l'établissement : oui non

3ème enfant :

NOM : Prénom : Age :

Né le À : (ville + dpt) : Sexe :

Régime alimentaire : NON OUI lequel :

Allergies : NON OUI lesquelles :

Vaccination :

Vaccins	BCG	DTCP	ROR	INFANTRIX	HEPATITE B	
Dates						

J' autorise mon enfant à partir seul de l'établissement : oui non

4ème enfant :

NOM : Prénom : Age :

Né le À : (ville + dpt) : Sexe :

Régime alimentaire : NON OUI lequel :

Allergies : NON OUI lesquelles :

Vaccination :

Vaccins	BCG	DTCP	ROR	INFANTRIX	HEPATITE B	
Dates						

J' autorise mon enfant à partir seul de l'établissement : oui non

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone :

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : Prénom :Lien avec l'enfant :

Tél : Tél : Tél :

Nom : Prénom :Lien avec l'enfant :

Tél : Tél : Tél :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT :

(autre que les responsables)

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Tél : Tél : Tél :

Nom : Prénom :Lien avec l'enfant :

Tél : Tél : Tél :

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :

Tél : Tél : Tél :

Je soussigné (e) certifie exacts les renseignements portés dans ce dossier.

Signature du responsable du ou des enfant (s) :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) :, responsable légal de (nom et prénom du ou des enfants).....

Autorise mon (mes) enfant (s) à participer à l'ensemble des activités organisées par le Pôle Enfance-Jeunesse de la mairie de Pusignan y compris les activités de baignade surveillée.

Autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CDAP afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.

Autorise la transmission des données individuelles anonymisées dans le cadre de l'enquête FILOUE

Autorise le personnel à administrer à mon (mes) enfant (s) des antipyrétiques (paracétamol) en cas de fièvre supérieure ou égale à 38°5 et selon le protocole de l'établissement. **(uniquement pour la crèche , halte-garderie les p'tits loups)**

Autorise mon (mes) enfant (s) à voyager en bus, minibus

Autorise les responsables du Pôle Enfance-Jeunesse à transporter mon (mes) enfant (s) dans le cadre des activités organisées.

Certifie sur l'honneur que mon (mes) enfant (s) sont couverts par une assurance péri et extrascolaire pour tous les risques pouvant survenir durant les différentes périodes de fonctionnement du Pôle Enfance Jeunesse.

M'engage à signaler au Pôle Enfance-Jeunesse de la mairie de Pusignan toutes modifications (adresse, personnes à prévenir, n° de téléphone, situation familiale ...) ou remarques susceptibles d'améliorer l'accueil des enfants.

Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de mon (mes) enfants (médecin, rapatriement, SAMU, Pompiers..)

M'engage à rembourser à la Mairie de Pusignan les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon (mes) enfant (s)

Autorise la mairie de Pusignan à utiliser dans le cadre pédagogique (journal, site internet, publications, reportages..) des photos ou films de mon (mes) enfants pris au cours des activités.

OUI

NON

Autorise mon (mes) enfants à regagner seul le domicile, dégageant la mairie de Pusignan de toutes responsabilités. **(uniquement pour l'S-PASS-J)**

OUI

NON

Déclare avoir lu et accepte les règlements intérieurs en vigueur,

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Cadre réservé à l'administration

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> attestation d'assurance de - de 1 an | |
| <input type="checkbox"/> fiche sanitaire | |
| <input type="checkbox"/> photocopie carnet de vaccinations | <input type="checkbox"/> attestation natation 25 m |
| <input type="checkbox"/> attestation CAF ou avis d'imposition | |
| <input type="checkbox"/> justificatif de domicile | <input type="checkbox"/> autre : |