

## DOSSIER FAMILLE

### SERVICE ENFANCE JEUNESSE ET VIE SCOLAIRE

« Multi-accueil, APS, ALSH, Esp'ado et Restauration scolaire des Fifendes »

Noms, prénoms des personnes ayant l'autorité parentale :

**Situation familiale :**  Marié(e)  Vie maritale  Célibataire  Veuf (ve)  Divorcé(e)

Madame ou Monsieur .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

.....

☎ Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☎ Travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profession: .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Madame ou Monsieur .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse : (si différente).....

.....

☎ Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☎ Travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profession: .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

**MAIL :** .....

N° C.A.F. : ..... (dont dépend l'enfant)

ou

N° MSA : ..... (dont dépend l'enfant)

N° Sécurité Sociale : ..... (dont dépend l'enfant)

## Autorisations et décharges parentales

Nous, soussignés, .....

### Autorisations :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autorisons       | le personnel à sortir notre enfant de l'enceinte de l'établissement pour de sorties en       |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | groupe.  |
| <input type="checkbox"/> Autorisons       | le personnel à photographier ou filmer notre enfant, dans le cadre des activités et des      |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | sorties proposées par la Maison de l'Enfance et lors des publications municipales.           |
| <input type="checkbox"/> Autorisons       | la direction à consulter et à conserver notre dossier allocataire via Cdap (afin de calculer |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | les tarifs).   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons       | le personnel à administrer à notre enfant, les éventuelles médications prescrites par        |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons       | l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant notre    |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | enfant. (Hospitalisation, SAMU, Pompiers).   |
| <input type="checkbox"/> Autorisons       | notre enfant à quitter seul la Maison de l'Enfance.  |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas |  |
| <input type="checkbox"/> Autorisons       | le personnel à transporter ou faire transporter notre enfant dans les véhicules de la        |
| <input type="checkbox"/> N'autorisons pas | Maison de l'Enfance, dans le cadre des sorties en groupe.                                    |

Fait à La Chapelle des Marais, le .....

Directrice du service,



Les parents ou responsables légaux,  
(Noms, prénom et signatures).