

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,,
déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à le respecter. Aussi, nous acceptons que les informations saisies dans le logiciel soient exploitées par les services de la Maison de l'Enfance.

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).

