



Ecole : ..... Classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

# DOSSIER UNIQUE 2018 - 2019

	Responsable 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Responsable 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Nom et prénom		
Adresse complète		
Téléphone mobile		
Téléphone professionnel		
Adresse mail		
Profession et lieu de travail		
Situation familiale	Mariés <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/>	
Garde de l'enfant (en cas de séparation)	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Alternée <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> (joindre copie du droit de garde)	

### Autre responsable - Belle mère ou concubine

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse :     chez le père de l'enfant       chez la mère de l'enfant

### Autre responsable - Beau père ou concubin

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse :     chez le père de l'enfant       chez la mère de l'enfant

### Autre responsable - Famille d'accueil

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

## SECURITE SOCIALE, ALLOCATIONS FAMILIALES, ASSURANCE

Régime du responsable payeur	<input type="checkbox"/> Régime général N° allocataire : .....
Quotient familial : .....	<input type="checkbox"/> Régime agricole (MSA) N° allocataire : .....
	<input type="checkbox"/> Autre régime
N° sécurité sociale	...../...../...../...../...../...../.....
Assurance	Nom : ..... N° contrat : .....

## TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant prendra le bus le <b>matin</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Où monte - t - il ? : .....
Mon enfant prendra le bus le <b>soir</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Où descend - il ? : .....
S'il a plus de 6 ans, à la descente du bus, il repartira seul OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Sinon, qui le prendra en charge : .....		

## SORTIE DU PERISCOLAIRE DU SOIR

J'autorise mon enfant à partir seul pour le retour au domicile (s'il a plus de 6 ans uniquement)

OUI  NON

Si non, je viens le chercher ou j'autorise une des personnes habilitées, à récupérer mon enfant

## PERSONNES HABILITEES A PRENDRE EN CHARGE MON ENFANT

Nom et prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant	Peut être prévenu en cas d'urgence
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

## MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin de votre enfant : .....

Commune : .....Téléphone : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

- Allergie alimentaire OUI NON. Si oui, à quoi : .....
- Allergie médicamenteuse OUI NON. Si oui, à quoi : .....
- Autres allergie OUI NON. Si oui, à quoi : .....
- Asthme OUI NON
- Diabète OUI NON.
- Epilepsie OUI NON.
- Autres OUI NON. Si oui, quoi : .....

Le trouble de santé, entraîne-t-il une conduite particulière en cas d'urgence ? OUI NON

Si oui, laquelle : .....

Votre enfant a-t-il un traitement médical particulier ? OUI NON

Si oui, lequel .....

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est-il mis en place pour votre enfant ? OUI NON

*Si oui, merci d'en joindre une copie au dossier*

Autres difficultés de santé et précautions à prendre (handicap moteur, troubles du comportement, suivi spécialisé, antécédents d'accident ...) : .....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier OUI NON

Si oui, lequel : .....

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes OUI NON Des lentilles OUI NON  
Un appareil dentaire OUI NON Un appareil auditif OUI NON

## VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	AUTRES VACCINS	Date du dernier rappel
Diphtérie		BCG	
Tétanos		Coqueluche	
Poliomyélite		Rougeole - Oreillons -Rubéole	
DTP		Hépatite B	
		Autres	

## AUTORISATIONS PHOTOS ET VIDEOS

J'autorise Terre de Picardie à utiliser l'image et/ou la vidéo de mon enfant pour la période scolaire 2018 – 2019 (scolaire et extrascolaire) sous toutes ses formes et tous supports que ce soit et qu'elle soit communiquée au public : exposition photos, diaporama, site internet et réseaux sociaux dédiés à Terre de Picardie, conformément à la loi relative au droit à l'image (article 9 du code civil).

OUI

NON

## AUTORISATIONS ET CONDITIONNEMENT DE FONCTIONNEMENT

**RAPPEL** : Toute réservation ou annulation DOIT se faire au plus tard la veille avant 11 h, le vendredi avant 11 h pour le lundi et l'avant veille en cas de jour férié.

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de : .....

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des différents services organisés par Terre de Picardie et :

- m'engage à ne pas diffuser de photos autre que celles de mon enfant sur les réseaux sociaux
- m'engage à régler le montant des prestations auxquelles mon enfant participera
- décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les horaires d'ouverture ou de fermeture.
- certifie avoir donné tous les renseignements concernant l'état de santé de mon enfant
- m'engage à signaler à TdP tout changement de situation de la famille ou de l'enfant

Par ailleurs, j'autorise :

- mon enfant à participer aux différentes activités et sorties (sans moyen de transport) proposées par les organisateurs : OUI NON
- les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales ...)  
OUI NON
- les organisateurs à consulter mon quotient familial sur le site professionnel de la CAF  
OUI NON

Le .....2018 à .....

Signature du responsable de l'enfant :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dossier  QF 2019

ALSH Toussaint  ALSH Hiver

ALSH Printemps  ALSH été



La CAF et la MSA participent  
financièrement au fonctionnement  
des accueils périscolaires et extrascolaires

