



Dossier Administratif

Année Scolaire  
2023-2024

Service Enfance-Jeunesse-Education

Allée des enfants – 14840 Démouville

Tel : 02.31.72.52.30

Mail : service.jeunesse@demouville.fr

- CANTINE
- GARDERIE
- MERCREDI
- VACANCES

**L' ENFANT**

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F  M

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Assurance – Responsabilité Civile :  Oui  Non Compagnie : ..... Numéro : .....

**LES PARENTS**

Responsable Légal 1  Père  Mère

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : ..... Ville : .....

Mail :

fixe :

portable :

professionnel :

Autorité parentale  OUI  NON

Responsable Légal 2  Père  Mère

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : ..... Ville : .....

Mail :

fixe :

portable :

professionnel :

Autorité parentale  OUI  NON

En cas de séparation :

résidence principale chez le parent 1  résidence principale chez le parent 2  résidence en garde alternée

Un jugement a-t-il été prononcé ?  Oui  Non (si oui, fournir une copie)

**FACTURATION**

Régime Général :  Oui  Non

CAF n°: ..... Adresse : .....

MSA n°: ..... Adresse : .....

Autres, lequel : .....

J'autorise le Service Enfance-Jeunesse-Education à consulter le SERVICE CDAP  Oui  Non

(CDAP : Consultation des Données Allocataires par les Partenaires) . La vérification du quotient familial a lieu deux fois/an (septembre et janvier). Tout changement de situation doit être communiqué par la famille au service Enfance Jeunesse Education.

En cas de refus et sans attestation CAF/MSA de fourni, le tarif le plus élevé sera appliqué.

**LES AUTORISATIONS**

En cas d'urgence, j'autorise le service Enfance-Jeunesse-Education à prendre toutes mesures (hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de l'enfant :  Oui  Non

Personnes habilitées à récupérer votre enfant :

Nom, prénom, qualité et ☎

Nom, prénom, qualité et ☎

**CENTRE DE LOISIRS**

J'autorise mon enfant à partir seul après le centre de loisirs :  Oui  Non

J'autorise le Service Enfance-Jeunesse-Education à transporter mon enfant (en bus, en train, en voiture) vers les différents lieux d'activités :  Oui  Non

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités nautiques  Oui  Non (Si oui, fournir un brevet de natation de 25m)

Dans le cadre des accueils périscolaires et extrascolaires, le service communication et l'équipe d'animation peuvent être amenés à prendre des photos ou vidéos de groupe d'enfants pour communiquer au grand public sur les activités enfance/jeunesse de la ville.

Madame, Monsieur.....

**Autorise** le service communication et l'équipe d'animation de la ville de Démouville à utiliser dans le cadre pédagogique (publications, site internet,...) des photos et des vidéos de mon enfant (indiquer le nom et le prénom)..... prises au cours des activités.

**Refuse** l'utilisation des photos et des vidéos de mon enfant (indiquer le nom et le prénom)

### Les vaccinations de votre enfant : JOINDRE LES PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATION

DT Polio :  Oui  Non Date : .....

BCG :  Oui  Non Date : .....

ROR :  Oui  Non Date : .....

Hépatite B :  Oui  Non Date : .....

Méningite :  Oui  Non Date : .....

Autre (préciser) :  Oui  Non .....

#### Santé de votre enfant :

Médecin traitant de votre enfant : .....

Numéro de sécurité sociale de rattachement de l'enfant :

Numéro et compagnie de mutuelle :

Présente-t-il des contres indications à la pratique d'activités physiques ? :  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser et fournir un justificatif de votre médecin :

.....

Présente-t-il un handicap particulier ? :  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : .....

Bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé ?  Oui  Non (si oui, fournir un justificatif)

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires ? Si Oui, veuillez préciser :

.....

#### Remarques particulières :

##### Les repas :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? :  Non  Oui : sans porc, sans viande

##### Allergies – Intolérances alimentaires – Traitements médicaux :

**Si votre enfant présente une allergie alimentaire/asthme ou autre, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) doit être signé.**

**Si votre enfant est concerné, indiquez votre situation et complétez le tableau ci-dessous :**

**PAI déjà établi :** veuillez au renouvellement et à la transmission du nouveau document

**PAI à mettre en place :** Transmettez un certificat médical, dans l'attente de la signature du PAI

*Sans la copie du PAI en cours ou du certificat médical, la fiche sanitaire sera refusée. Vos demandes d'inscriptions ne seront pas traitées et votre enfant ne pourra pas déjeuner le midi au restaurant scolaire.*

		Précisez	Pièces à fournir
Allergie, intolérance alimentaire	OUI		PAI
Votre enfant a un régime alimentaire en raison d'une pathologie médicale ?	OUI		PAI
Votre enfant prendra-t-il un traitement sur le temps scolaire, extrascolaire et/ou à l'école	OUI		PAI ou autorisation de prise de médicament
Allergie médicamenteuse	OUI		Certificat médical

Je soussigné (e), Monsieur, Madame,

responsable de l'enfant

certifie que les renseignements portés sur ce dossier administratif sont exacts.

Date :

Signature :