

## FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2024-2025

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION : MERE  PERE  TUTEUR   
(en cas de garde alternée, 1 dossier par parent est obligatoire)

### ENFANT BENEFICIAIRE

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

#### RESPONSABLE LEGAL 1

(CELUI QUI INSCRIT L'ENFANT)

Nom / Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

N° sécurité sociale : .....

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

N° téléphone :

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

Mobile personnel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Téléphone Professionnel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

#### RESPONSABLE LEGAL 2 OU CONCUBIN

(HABITANT LE MEME FOYER)

Nom / Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

N° sécurité sociale : .....

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

N° téléphone :

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

Mobile personnel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Téléphone Professionnel : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

#### PROFESSION

.....

##### INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....

#### PROFESSION

.....

##### INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....

#### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nombre d'enfants à charge : .....

Régime d'allocation :  CAF  MSA  .....

N° allocataire : .....

##### Conjoint :

Nom/Prénom : .....

Tél. : .....

#### INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Nombre d'enfants à charge : .....

Régime d'allocation :  CAF  MSA  .....

N° allocataire : .....

##### Conjoint :

Nom/Prénom : .....

Tél. : .....

Pour le régime d'allocation, l'enfant est rattaché (e) à  père  mère  autre : .....

#### SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Mariés/Pacsés  Séparés  Divorcés  Vie maritale  Veuvage

**En cas de séparation, si garde alternée ou attribuée à l'un des 2 parents,  
joindre une copie du jugement. Sans quoi, l'enfant sera rendu au parent se présentant.**

#### ADRESSE DU FOYER

L'enfant est domicilié chez : .....

Adresse : .....

Code Postal : \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....

Préciser l'adresse de facturation si celle-ci est différente de celle du foyer :

.....

#### FAMILLE D'ACCUEIL/FOYER

Nom/ Prénom : .....

Tél : .....

Mail : .....

Adresse : .....



## Observations diverses

Coordonnées des personnes majeures à prévenir en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable et/ou habilitées à reprendre l'enfant à la sortie de la structure, à la place des parents :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

**OU**

**J'autorise mon (mes) enfant(s) de plus de 6 ans à repartir seul(s) :** - OUI - NON

*Le père, la mère, le tuteur légal, inscrit ses enfants après avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil (disponible sur demande).*

-----  
**Autorisation Parentale**

Je, soussigné(e)..... , le père, la mère, le tuteur légal

- autorise les responsables du service Enfance Jeunesse à faire soigner mon (mes) enfant(s) et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté

- m'engage à payer, les frais médicaux d'hospitalisation et d'opération si l'état de mon enfant le justifie.

- autorise le transport de mon enfant dans le cadre des activités des accueils de loisirs en bus collectif ou en minibus.

- autorise les responsables du Service Enfance Jeunesse à prendre des photographies de mon enfant ou effectuer des films, dans le respect des réglementations en vigueur. (A rayer en cas de désaccord).

- autorise les responsables du Service Enfance Jeunesse à diffuser des photographies ou vidéos de mon enfant, dans le respect des réglementations en vigueur. (A rayer en cas de désaccord).

Fait à .....

Le .....

**Signature de la personne  
détenant l'autorité parentale 1**  
*Lu et approuvé*

**Signature de la personne  
détenant l'autorité parentale 2**  
*Lu et approuvé*

**PIECES A FOURNIR**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiche de renseignements   | <input type="checkbox"/> 1 Photo d'identité (uniquement pour les collégiens) |
| <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire   |  |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle   |  |
| <input type="checkbox"/> Copie des vaccins à jour  |  |
| <input type="checkbox"/> Justificatif CAF ou MSA   |  |
| <input type="checkbox"/> RIB & mandat SEPA rempli si prélèvement   |  |
| <input type="checkbox"/> En cas de séparation : Jugement ou attestation sur l'honneur précisant comment va s'effectuer la garde de l'enfant et la prise en charge des factures |  |

**FICHE SANITAIRE**  
1 par enfant, valable pour l'année scolaire 2024-2025

*Cette fiche permet de recueillir des informations indispensables pour la sécurité de votre enfant pendant la période où vous nous le confiez*

**ENFANT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Garçon  fille

Lieu de naissance : ..... Pays: ..... Nationalité (Union Européenne) : Oui Non

Rang de la fratrie : 1 2 3 4 5 6 (entourer) N° de portable du jeune : .....

Numéros de téléphone en cas d'urgence : ...../.....

Sécurité sociale : l'enfant est rattaché à : père  mère  autre  : .....

**SCOLARISATION ANNÉE 2024-2025**

Nom de l'école : ..... Classe : ..... Niveau : .....

**MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom du médecin : ..... N° de téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse : .....

Code Postal : \_\_ \_\_ \_\_ Ville : .....

**VACCINATIONS**

Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires et joins une photocopie du carnet de santé.

*\* En cas de non-vaccination, un certificat de contre-indication médicale sera exigé.*

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Régime alimentaire particulier ?** .....

**Allergies<sup>1</sup> :** Asthme OUI  NON  Médicamenteuses OUI  NON   
Alimentaires OUI  NON  Autres : OUI  NON

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

**Difficultés de santé, handicap reconnu ou en cours de reconnaissance** (maladie, accident, crises convulsives, hyperactivité, opération, rééducation,...) :

Préciser les difficultés, les dates et les précautions à prendre : .....

.....

.....

**L'enfant dispose-t-il d'un PAI ?** NON  OUI  <sup>2</sup> (fournir protocole et trousse PAI)

**L'enfant suit-il un traitement médical ?** NON  OUI  <sup>2</sup> Lequel : .....

Reconnaissance MDPH : OUI  NON  En cours

Dispositif mis en place : Aucun  AVS  ULIS  à domicile  Autre  : .....

Bénéficie d'un suivi : Aucun  CAMSP  CMP  Hôpital de jour  SESSAD  ITEP

La famille perçoit-elle l'AAEH ? OUI  NON  (si oui, copie de la notification des droits à l'AAEH)

**Recommandations utiles des parents :**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,... ?

Préciser.....

.....

Nous, soussignés, ..... et .....  
responsables légaux de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature 1 :

Signature 2 :

## A RETOURNER AVEC L'INSCRIPTION

Pour les parents séparés : en l'absence de jugement ou d'attestation sur l'honneur précisant la prise en charge financière, le responsable légal qui inscrit l'enfant sera la personne facturée

### CHOISIR VOTRE MODE D'INSCRIPTION A LA CANTINE

- Forfait mensuel: 63.70 €**                       **Forfait mensuel garde alternée : 31.85€ (par responsable légal)**  
 Paiement via le portail famille ou à la réception de facture                       par prélèvement
- Au repas : 5.15€**  
 Les lundis     Les mardis     les jeudis     les vendredis   
 Paiement via le portail famille ou à la réception de facture                       par prélèvement

\*Pour les particularités, merci de nous contacter au 04 68 96 39 45

### FREQUENTATION DE L'ENFANT

**Les renseignements ci-dessous ne font pas office de réservations, celles-ci sont à faire selon les modalités habituelles.**

Au cours de l'année scolaire votre enfant fréquentera-t-il ? :

- Le Périscolaire (accueil du matin et/ou du soir)  
 L'accueil pendant les vacances scolaires  
 L'accueil du Mercredi. *Lieu d'accueil* : .....

Pour l'ensemble des prestations, vous pouvez être prélevés  
et consulter vos montants de facturation sur le "portail famille" ([www.conflentcanigo.fr](http://www.conflentcanigo.fr))

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Année scolaire 2024-2025

- Je souhaite être prélevé uniquement pour la restauration scolaire.  
 Je souhaite être prélevé pour l'ensemble des prestations du service (restauration scolaire, accueil matin-soir, mercredi, vacances scolaires).

**Mandat de prélèvement SEPA**



Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **Communauté de Communes Conflent Canigó** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Communauté de Communes Conflent Canigó**

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : \_\_\_\_\_

**Débiteur :** \_\_\_\_\_

Votre Nom \_\_\_\_\_

Votre Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Identifiant créancier SEPA : **FR65ZZZ81E0EF**

**Créancier :** \_\_\_\_\_

Nom **TRESOR PUBLIC**

Adresse **Avenue beausoleil**

Code postal **66500** Ville **PRADES**

Pays **France**

**NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE VOTRE COMPTE :**

Nom	
Adresse	
CP et Ville	

IBAN

BIC

A : \_\_\_\_\_ Le :

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Veillez compléter tous les champs du mandat.**