

FICHE FAMILIALE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2022-2023

ENFANT BENEFICIAIRE	
Nom : Prénom : Date de naissance :	
PERSONNE DETENANT L'AUTORITE PARENTALE 1	PERSONNE DETENANT L'AUTORITE PARENTALE 2
Nom / Prénom :	Nom / Prénom :
Date de naissance : __/__/____	Date de naissance : __/__/____
N° sécurité sociale :	N° sécurité sociale :
Email : _____ @ _____	Email : _____ @ _____
Adresse :	Adresse :
N° téléphone : Domicile : __/__/__/____/____ Mobile personnel : __/__/__/____/____ Téléphone Professionnel : __/__/__/____/____ Mobile Professionnel : __/__/__/____/____	N° téléphone : Domicile : __/__/__/____/____ Mobile personnel : __/__/__/____/____ Téléphone Professionnel : __/__/__/____/____ Mobile Professionnel : __/__/__/____/____
PROFESSION	PROFESSION
.....
INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR	INFORMATION SUR L'EMPLOYEUR
Nom :	Nom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal : __ __ __ Ville :	Code Postal : __ __ __ Ville :
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
Nombre d'enfants à charge :	Nombre d'enfants à charge :
Régime d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/>	Régime d'allocation : <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/>
N° allocataire :	N° allocataire :
Conjoint : Nom/Prénom :	Conjoint : Nom/Prénom :
Tél. :	Tél. :
Pour le régime d'allocation, l'enfant est rattaché (e) à <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre :	
SITUATION FAMILIALE	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Vie maritale	
<i>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.</i>	
ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ENFANT	
L'enfant est domicilié chez :	
Adresse :	
Code Postal : __ __ __ Ville :	
Préciser l'adresse de facturation si celle-ci est différente de celle du foyer :	
.....	
ENFANTS DU FOYER	
Nom / Prénom :	Date de naissance :
Nom / Prénom :	Date de naissance :
Nom / Prénom :	Date de naissance :
Nom / Prénom :	Date de naissance :
Nom / Prénom :	Date de naissance :
Nom / Prénom :	Date de naissance :



Observations diverses

Coordonnées des **personnes majeures** 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

Quels enfants sont concernés :
-
-
-
-

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 (mes) enfant(s) 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 (mes) enfant(s) ou effectuer des films, 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 médicale | |
| <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"/> Jugement en cas de séparation | |

FICHE SANITAIRE
1 par enfant, valable pour l'année scolaire 2022-2023

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 2022-2023

Nom de l'école : Classe : Niveau :

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

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

MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du médecin : N° de téléphone : __ / __ / __ / __ / __

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 ?

Allergies¹ : Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
Alimentaires OUI NON Autres : OUI NON

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

L'enfant suit-il un traitement médical ? NON OUI ² Lequel :

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 :

Reconnaissance MDPH : OUI NON En cours

Recommandations utiles des parents :
Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires,... ?
Préciser.....

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 ? :

<input type="checkbox"/> Le Périscolaire (accueil du matin et/ou du soir)	<input type="checkbox"/> La Restauration Scolaire
<input type="checkbox"/> L'accueil pendant les vacances scolaires	<input type="checkbox"/> Les transports scolaires
<input type="checkbox"/> L'accueil du Mercredi. Lieu d'accueil :	

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

Date : Signature 1 : Signature 2 :

¹ En cas d'allergie ou de problème grave, un protocole d'accueil individualisé (PAI) sera exigé pour que l'enfant puisse être accueilli.
² Si oui, merci de donner le traitement à l'enfant avant et après sa présence au centre, pour les traitements nécessitant une administration le midi : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

A RETOURNER AVEC L'INSCRIPTION

CHOISIR VOTRE MODE D'INSCRIPTION A LA CANTINE

Forfait mensuel: 48.30€

Paiement via le portail famille ou à la réception de facture par prélèvement

Au repas / 4.05€

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

Depuis juin 2021, pour l'ensemble des prestations, vous pouvez être prélevés et consulter vos montants de facturation sur le "portail famille" (www.conflentcanigo.fr)

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Année scolaire 2022-2023

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 prélevement SEPA  <small>Single Euro Payments Area Espace unique de paiement en euro</small>	En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Communauté de Communes Conflent Canigo
	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 Canigo
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 :	Identifiant créancier SEPA : FR65ZZZ81E0EF
Débiteur :	Créancier :
Votre Nom	Nom TRESOR PUBLIC
Votre Adresse	Adresse Avenue beausoleil
Code postal	Code postal 66500 Ville PRADES
Pays	Pays France
NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE VOTRE COMPTE :	
Nom	
Adresse	
CP et Ville	
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
A :	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
	Le : <input type="text"/>
Signature : <input type="text"/>	
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.	