

Le dossier ne pourra être pris en compte que s'il est complet

Liste des pièces à fournir :

- Copie avis d'imposition 201.....sur les revenus 201.... et 201.. Sur les revenus 201.... oui non
- Copie du livret de famille (parents et enfants à charge).
- Copie attestation Sécurité Sociale sur laquelle figure l'enfant.
- Copie assurance extra-scolaire 201..../201..... (Accueils de Loisirs et Péricolaires).
- Ou responsabilité civile pour les enfants de moins de 3 ans (Crèches).
- Copie des vaccins ou certificat médical de contre-indication à la vaccination
- Autorisation de données CAF ou MSA.
- Attestation ou brevet de natation

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Madame, Monsieur _____ responsable légal de(s) l'enfant(s)

autorise la ou les personnes désigné(es) ci-dessous à venir chercher mon enfant sur les structures

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

autorise mon enfant à quitter seul la structure (CF règlement intérieur) n'autorise personne à récupérer mon enfant

Nom de l'enfant:

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

Autorisation de prises de vues et diffusion : autorise n'autorise pas

Autorisation de sorties avec la structure : autorise n'autorise pas

Autorisation de baignade : autorise n'autorise pas

Autorise les équipes d'animation des différentes structures de la Communauté de Communes, à prendre des photos et à filmer mon enfant dans le cadre des animations proposées, et autorise à utiliser et diffuser ces images dans ses supports de communication, (site internet de la CDC www.paysfoyen.fr, presse locale, événementiels, supports de communication)

Autorise mon enfant, à sortir de l'enceinte de la structure. Ces sorties se font sous la responsabilité de la (le) Directrice (teur) et du personnel ; l'objectif est d'accompagner les enfants lors d'activités extérieures.

Autorise la (le) Directrice (teur) à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux), hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Nous avons lu le règlement intérieur et nous nous engageons à le respecter.

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier, ainsi que les copies des pièces justificatives fournies.

Fait à.....le.....signature(s) des 2 parents si garde alternée

Communauté de Communes du Pays Foyen.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription et au règlement des modes de gardes allant de 0 à 17 ans sur la Communauté de Communes du Pays Foyen. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au bureau enfance jeunesse de la Communauté de Communes du Pays Foyen.



Auriolles, Caplong, Eynesse, La Roquille, Landerrouat, Les Lèves-et-Thoumeyragues, Ligeux, Listrac-de-Durèze, Margueron, Massugas, Pellegrue, Pineuilh, Port-Sainte-Foy-et-Ponchapt, Riocaud, Saint-André-et-Appelles, Saint-Avit-de-Soulège, Saint-Avit-Saint Nazaire, Sainte-Foy-la-Grande, Saint-Philippe-du-Seignal et Saint-Quentin-de-Caplong.

Dossier Unique Par Famille 2018/2019

PETITE ENFANCE

- Les P'tits Loups Port Ste Foy et Ponchapt
- Tom Pouce Ste Foy La Grande
- Service Familial
- Lous Pitchouns Pellegrue

ENFANCE JEUNESSE

Accueil de loisirs 3 / 12 ans :
 Pineuilh Pellegrue

Périscolaire Maternel
 Périscolaire Primaire

Ados 12 / 17 ans :
 Animation Jeunesse
 Ados Pellegrue

Dossier pris le _____ par _____ Dossier saisi le _____ Par _____

Enfant (s) à charge - 17 ans	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Nom de famille				
Prénom				
École fréquentée				
Adresse				
Sexe	F M	F M	F M	F M
Date et lieu de naissance				
Nationalité				
Maladies chroniques et contagieuses				
Y'a-t-il eu un PAI: Observations particulières:				
Médecin traitant :	Nom :	Téléphone:	Ville:	

Responsables légaux	Père	Mère	Autre (préciser le statut)
Nom			
Prénom			
Date et lieu de naissance			
Nationalité			
Adresse			
Courriel			
Tél. Domicile et portable			
Tél. Bureau			
Profession (employé, ouvrier, cadre etc...)			
En Activité / Lieu de travail	Oui/Non	Oui/Non	Oui/Non
SITUATION FAMILIALE	<i>Personne seule</i> : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		<i>Personne en couple</i> : <input type="checkbox"/> Marié(e)/Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) mais famille recomposée

Nombre d'enfants à charge de moins de 17 ans :

Garde Alternée Oui Non **Autorité parentale conjointe** Oui Non

Régime de sécurité sociale du parent qui couvre l'enfant : Général / Autre : MSA 24 MSA 33 SNCF/RATP

Numéro Sécurité sociale:..... Numéro CAF:.....

