Fiche de renseignement 2ème enfant / jeune

Nom - Prénom *Date naissance* *Sexe*
École *Classe*
Pour les adolescents, numéro de téléphone : …….. e-mail : ……
Garde alternée : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐
Important : Pour les enfants en garde alternée, un dossier foyer doit être rempli par chacun des parents inscrivant l'enfant à la restauration scolaire ou à une activité du SIVoM Val-de-Banquière (*hors périscolaires*).

Responsables légaux ou tuteur	***Responsable légal 1***	***Responsable légal 2***	***Tuteur de l'enfant***
Nom et Prénom			
Téléphone			

Pratique alimentaire : *Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un repas sans porc* ☐ *sans viande* ☐

ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) Accueil Collectif de Mineurs et l'animation sportive
Ou fournir la copie du carnet de santé – pages de vaccinations

Je soussigné(e), **Docteur** ……..
certifie que l'enfant ……
Est à jour de ses vaccins : Oui ☐ Contre-indication ☐ ……

Signature et tampon

Conformément à nos Règlements Intérieurs, vous êtes responsables du suivi de la vaccination de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Eléments particuliers à signaler en fonction des animations proposées en complément à ce dossier
…… ……..
Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé (P.A.I.) est nécessaire. **A votre initiative, le P.A.I.** est une démarche établie entre les responsables d'établissement scolaire, avec la présence d'un médecin scolaire et des responsables représentant nos structures et collectivités qui sont impliqués dans la vie de votre enfant souffrant d'un trouble chronique de santé. Il facilite l'accueil de votre enfant afin d'éviter l'exclusion, l'isolement.
P.A.I. : Oui (*Fournir régulièrement le document actualisé*) ❒
Votre enfant est-il porteur de : handicap ❒, lentilles ❒, lunettes ❒, prothèses dentaires ❒, ou auditives ❒, autre ❒ ……..
Information en cas de traitement médical de courte durée
Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
Médecin traitant de votre enfant : Docteur…….. tél. : ……
Pour tout élément médical évoqué ci-dessus, un échange d'information avec chaque responsable de structure est essentiel afin de mettre en œuvre un accueil adapté à votre enfant.

AUTORISATIONS

Maquillage pour les fêtes et durant les animations : **Oui** ❒ **Non** ❒ **Autorisation de publication** (consentie à titre gratuit) **: Oui** ❒ **Non** ❒
Partir seul : J'autorise mon enfant **(10 ans minimum)** à partir seul à la fin des activités, après accord du responsable de l'activité **Oui** ❒ **Non** ❒

Liste des personnes pouvant venir chercher mon enfant – munies d'une pièce d'identité obligatoire				
	Nom Prénom	**Lien de parenté**	**Téléphone obligatoire**	**Autre téléphone**
1				
2				
3				

Merci de bien vouloir prendre connaissance des points suivants, et cocher :

- ☐ *Je déclare exacts tous les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires.*
- ☐ *Je reconnais avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation des données exprimées.*
- ☐ *Je récupérerai tous les documents d'ordre médical et les médicaments en fin de période.*
- ☐ *Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents, tuteurs et enfants) la charte du Vivre Ensemble.*
- ☐ *Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs régissant chaque activité.*
- ☐ *Pour toute décision de justice que vous considèrerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le(s) responsable(s) du(des) service(s) qui vous contactera(ont).*

Signature du ou des responsable(s) légal(aux) de l'enfant

DOSSIER FOYER FAMILIAL

ANNÉE SCOLAIRE 2026 - 2027

Composition du foyer familial de résidence		
Au sein du foyer	**Adulte 1**	**Adulte 2**
Nom et prénom		
Date de naissance	**Le à**	**Le à**
Profession		
Adresse		
Code postal et ville		
Tél. mobile		
Adresse courriel		
Tél. fixe		
Tél. professionnel		
Responsable CAF 06	❒	❒
N°Allocataire CAF 06		Nbre d'enfants dans le foyer :

Vous dépendez de la CAF des Alpes-Maritimes : Un site internet de la CAF (CDAP) permet à nos services habilités de consulter votre adresse, la composition de votre foyer et votre quotient familial.

Vous nous autorisez à utiliser le site internet de la CAF : ❒ **Oui** ❒ **Non**

Cadre réservé à l'administration	***Date :***
Régime :	**Quotient familial** : ……
Calculé par : la CAF ☐ l'administration ☐	Nom de l'agent : ……

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

Si ce n'est pas déjà le cas, vous avez la possibilité d'opter pour le prélèvement automatique concernant la restauration scolaire et les activités du SIVoM Val-de-Banquière.

- Je demande le prélèvement automatique des factures – cochez l'activité
  - Restauration scolaire ❒
  - Périscolaire (matin/soir) ❒
  - Mercredi – Vacances ❒
  - Séjours ❒
  - Maison Des Jeunes ❒

ATTENTION : Tous les prélèvements s'effectueront sur **un seul compte bancaire. 1 mandat par prélèvement vous sera fourni.**

Pour la demande de prélèvement automatique, seul le titulaire du compte, pourra signer le mandat autorisant le prélèvement.

ATTENTION : La signature de l'autorisation de prélèvement ne vaut pas inscription aux services.

Vous recevrez les factures par mail, elles seront aussi consultables sur le portail famille (les codes d'accès seront envoyés par mail avant la rentrée).

Merci de faire votre demande via le portail famille, si vous souhaitez les recevoir par courrier.

ASSURANCE

Dans votre intérêt et celui de vos enfants, pensez à vérifier que votre assurance couvre bien les dommages corporels auxquels peuvent être exposés vos enfants au cours des activités qu'ils pratiquent.

Nom de la Compagnie d'assurance : **Numéro de Police d'assurance :**

AUTORISATION DE PUBLICATION (consentie à titre gratuit)

Le SIVoM Val-de-Banquière ou ses communes membres peuvent être amenés à publier sur tout support des photographies, films, enregistrements sur lesquels votre enfant peut figurer ainsi que les productions et œuvres originales qu'il aura réalisées dans le cadre des activités ou vous l'avez inscrit et sous la responsabilité de l'équipe éducative, conformément à l'article 9 du Code Civil sur le « Droit à l'image » et à l'Article 121-2 du Code de la Propriété intellectuelle.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Ce dossier papier sera conservé durant 10 années.

Vous êtes informés que le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé. Conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 6 janvier 1978, relative aux fichiers informatiques et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression des données vous concernant. Pour l'exercer, merci de contacter par courrier le SIVoM Val-de-Banquière ou ses communes membres (voir mentions légales).

Nous vous communiquerons par SMS ou e-mail, les actualités de nos collectivités.

VOUS RECONNAISSEZ :

- L'exactitude des renseignements et documents fournis et vous vous engagez à signaler, immédiatement, tout changement de situation. *Cochez* ❒
- Avoir lu les mentions légales concernant la protection de vos données et être d'accord avec les finalités d'utilisation de celles-ci. *Cochez* ❒

Date _____

Signature de la personne (ou des personnes) composant le foyer de l'enfant (ou des enfants)

ATTENTION : Seul un des parents, responsable légal (ou tuteur) de son ou ses enfant(s) peut déposer ce dossier.

(Il y aura des documents à signer sur place).

Si une autre personne doit venir, vous devez lui donner procuration pour votre ou vos enfant(s)

(Elle devra être munie de sa pièce d'identité originale ainsi que de la copie de votre carte d'identité)

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR SUIVANT VOTRE SITUATION

POUR TOUTES LES FAMILLES

☐ Dernier bulletin de salaire de chaque adulte du foyer et/ou extrait kbis et/ou URSSAF de moins de 3 mois

☐ Attestation d'assurance responsabilité civile

☐ Attestation s'assurance extrascolaire pour les Centres de Loisirs Enfance/Jeunesse

☐ RIB si vous optez pour le prélèvement automatique pour la première fois ou en cas de changement de R.I.B

Pour les foyers allocataires de la CAF 06

☐ Attestations de paiement et de quotient familial CAF 06 mentionnant le QF, l'adresse et la composition du foyer (responsables et enfants). Cette attestation est à refournir entre Janvier et Février de l'année scolaire après réactualisation du QF par la CAF.

Pour les foyers non allocataires de la CAF 06

☐ Dernier avis d'imposition de chaque adulte du foyer

☐ Si votre adresse actuelle est différente de celle de votre avis d'imposition, un justificatif de domicile de moins de 3 mois

☐ Les prestations familiales versées par votre caisse, si votre régime est différent du régime général

Tout dossier incomplet sera refusé

Fiche de renseignement 1er enfant / jeune

Nom - Prénom *Date naissance* *Sexe*
École *Classe*
Pour les adolescents, numéro de téléphone : …….. e-mail : ……
Garde alternée : ***Oui*** ☐ ***Non*** ☐
Important : Pour les enfants en garde alternée, un dossier foyer doit être rempli par chacun des parents inscrivant l'enfant à la restauration scolaire ou à une activité du SIVoM Val-de-Banquière (*hors périscolaires*).

Responsables légaux ou tuteur	***Responsable légal 1***	***Responsable légal 2***	***Tuteur de l'enfant***
Nom et Prénom			
Téléphone			

Pratique alimentaire : *Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un repas sans porc* ☐ *sans viande* ☐

ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) Accueil Collectif de Mineurs et l'animation sportive
Ou fournir la copie du carnet de santé – pages de vaccinations

Je soussigné(e), **Docteur** ……
certifie que l'enfant ……
Est à jour de ses vaccins : Oui ☐ Contre-indication ☐ ……

Signature et tampon

Conformément à nos Règlements Intérieurs, vous êtes responsables du suivi de la vaccination de votre enfant.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Eléments particuliers à signaler en fonction des animations proposées en complément à ce dossier
……

Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un **P**rojet d'**A**ccueil **I**ndividualisé (P.A.I.) est nécessaire. **A votre initiative, le P.A.I.** est une démarche établie entre les responsables d'établissement scolaire, avec la présence d'un médecin scolaire et des responsables représentant nos structures et collectivités qui sont impliqués dans la vie de votre enfant souffrant d'un trouble chronique de santé. Il facilite l'accueil de votre enfant afin d'éviter l'exclusion, l'isolement.

P.A.I. : Oui (*Fournir régulièrement le document actualisé*) ❒
Votre enfant est-il porteur de : handicap ❒, lentilles ❒, lunettes ❒, Appareils dentaires ❒, ou auditives ❒, autre ❒ ……..
Information en cas de traitement médical de courte durée
Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.
Médecin traitant de votre enfant : Docteur…….. tél. : ……
Pour tout élément médical évoqué ci-dessus, un échange d'information avec chaque responsable de structure est essentiel afin de mettre en œuvre un accueil adapté à votre enfant.

AUTORISATIONS

Maquillage pour les fêtes et durant les animations : **Oui ❒ Non ❒** **Autorisation de publication** (consentie à titre gratuit) **: Oui ❒ Non ❒**
Partir seul : J'autorise mon enfant **(10 ans minimum)** à partir seul à la fin des activités avec inscription, après accord du responsable de l'activité
Oui ❒ Non ❒

Liste des personnes pouvant venir chercher mon enfant (hors Responsable légaux) – munies d'une pièce d'identité obligatoire				
	Nom Prénom	**Lien de parenté**	**Téléphone obligatoire**	**Autre téléphone**
1				
2				
3				

Merci de bien vouloir prendre connaissance des points suivants, et cocher :

- ☐ *Je déclare exacts tous les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires.*
- ☐ *Je reconnais avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation des données exprimées.*
- ☐ *Je récupérerai tous les documents d'ordre médical et les médicaments en fin de période.*
- ☐ *Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents, tuteurs et enfants) la charte du Vivre Ensemble.*
- ☐ *Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs régissant chaque activité.*
- ☐ *Pour toute décision de justice que vous considèrerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le(s) responsable(s) du(des) service(s) qui vous contactera(ont).*

Signature du ou des responsable(s) légal(aux) de l'enfant.