

*A remplir par les parents ou responsables légaux; à renouveler chaque année scolaire*

**ENFANT/JEUNE Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  
 Adresse \_\_\_\_\_ Bât \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_  
 Quartier : \_\_\_\_\_ Vivant sous le toit familial :  NON  OUI  
 En famille d'accueil :  NON  OUI Autre : \_\_\_\_\_  
 Projet d'accueil individualisé (PAI) :  NON  OUI mis en place le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Scolarisé :  NON  OUI Établissement : \_\_\_\_\_ Enseignant : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

**Coordonnées à utiliser pour la facturation :**  
**PARENT ou RESP. LEGAL 1 :**  Mme  M \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Bât \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_  
 Tél. (domicile): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Travail) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Portable) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
**J'accepte de recevoir par mail :** **les factures**  NON  OUI l'actualité des Francas  NON  OUI  
 Profession \_\_\_\_\_ Nom et Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale :  marié(e)  divorcé(e)  pacsé(e)  en concubinage  célibataire  séparé(e)  
 Régime Sécurité Sociale :  Général (CAF)/ N° Allocataire CAF \_\_\_\_\_  Agricole (MSA)

**PARENT ou RESP. LEGAL 2 :** Mme  M  \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Bât \_\_\_\_\_ Apt \_\_\_\_\_  
 Tél. (domicile): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Travail) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (Portable) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_ Nom et Adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale :  marié(e)  divorcé(e)  pacsé(e)  en concubinage  célibataire  séparé(e)  
 Régime Sécurité Sociale :  Général (CAF)/ N° Allocataire CAF \_\_\_\_\_  Agricole (MSA)

FRERE(S) ET SŒUR(S) (Nom et prénom)	Sexe	Date de naissance	Situation (classe, école...)

Mon enfant est autorisé à quitter seul la structure ?  NON  OUI  
 Si oui à partir de \_\_\_ h \_\_\_ (Une décharge pourra être demandée auprès de la structure d'accueil de votre enfant)

AUTORISATION(S) - Personne(s) habilitée(s) à venir chercher l'enfant	A prévenir en cas d'urgence
Nom et prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone: ___/___/___/___/___	<input type="checkbox"/>
Nom et prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone: ___/___/___/___/___	<input type="checkbox"/>
Nom et prénom : _____ Qualité : _____ Téléphone: ___/___/___/___/___	<input type="checkbox"/>

Y a-t'il une personne de la famille à qui ne jamais remettre l'enfant ?  NON  OUI (et joindre une photocopie de l'acte du tribunal)

J'autorise la diffusion, sur le site des Francas ou toutes publications de presse, de photos ou vidéos sur lesquelles figure mon enfant. Celles-ci ne seront pas utilisées à des fins commerciales.  NON  OUI

Je soussigné, \_\_\_\_\_, parent de l'enfant, certifie que les renseignements portés sur ce document sont exacts et m'engage à informer les Francas en cas de changement. Je reconnais avoir eu connaissance du règlement Intérieur de la structure d'accueil de mon enfant, et l'accepter.

**FAIT LE :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **A :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE**

- DOCUMENTS A FOURNIR (photocopies) :**
- Attestation d'assurance scolaire
  - Attestation de droits à l'assurance maladie
  - Attestation de quotient CAF ou de paiement des prestations MSA
  - Dernier avis d'imposition (si régime agricole ou refus accès CDAP)

*A remplir par les Francas*

Quotient : \_\_\_\_\_

\* Les informations recueillies sont nécessaires pour l'inscription de votre enfant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

## LE PAIEMENT DE L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Vous avez le choix entre un tarif mensuel si votre enfant fréquente régulièrement l'accueil périscolaire, et un tarif journalier en cas de fréquentation ponctuelle.

Le paiement de l'accueil s'effectue au début du mois suivant (facturation en fin de mois, quel que soit le tarif choisi), auprès du responsable de l'accueil, en vous munissant de la facture et du talon.

Afin d'ajuster au mieux le tarif vous concernant, merci de fournir au plus tôt les justificatifs demandés.

**Dans le cas où tous les documents ne seraient pas fournis, le tarif le plus élevé sera appliqué.**

### TARIF CHOISI:

- Mensuel** : Fréquentation régulière (même montant à payer chaque mois)  
 **Journalier** : Fréquentation ponctuelle (montant selon le nombre de jours de présence par mois)

## FICHE SANITAIRE 20...../20.....

### Informations complémentaires : mon enfant porte (cocher)

- des lunettes ou lentilles                       des aérateurs transtympaniques (ou yo-yo)                       des prothèses auditives  
 des prothèses dentaires,                       autre appareillage, préciser : \_\_\_\_\_

### Vaccinations :

Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à la vaccination contre la Diphtérie et/ou la Poliomyélite.  
(joindre le certificat de contre-indication ; la vaccination antitétanique ne présente aucune contre indication)

Date de la dernière injection du DT Polio (joindre la copie des pages vaccination du carnet de santé ou un certificat médical de vaccinations):

	Date dernière injection
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (obligatoire)	

### Renseignements médicaux :

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée portant les nom et prénom de l'enfant et la mention « Secret Médical », à l'attention du médecin susceptible d'intervenir en cas de besoin pour votre enfant.

### Antécédents médicaux et chirurgicaux

Indiquer uniquement ceux susceptibles d'avoir des répercussions sur le déroulement du séjour

par exemple : les allergies alimentaires, ou médicamenteuses, les autres allergies (pollen, plantes, animaux,...) ou une opération chirurgicale récente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Avez-vous un P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) au sein de l'école de votre enfant ?**  Non     Oui

- Mon enfant a un régime alimentaire particulier (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Mon enfant est allergique à (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Autre contre-indication médicale (préciser) \_\_\_\_\_  
 Son état de santé lui interdit la pratique du sport (préciser) \_\_\_\_\_

**Nom du médecin traitant :** \_\_\_\_\_ **Tél :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Commune :** \_\_\_\_\_

### Médicaments :

**Aucun médicament ne pourra être donné à votre enfant, sauf sur présentation de l'ordonnance d'un médecin.**

Dans ce cas, les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation et l'ordonnance du médecin. Les nom et prénom de l'enfant devront être inscrits sur l'emballage

### En cas d'urgence :

Votre enfant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté.

Une personne de l'équipe d'animation accompagnera votre enfant. Vous en serez prévenu dans les meilleurs délais.

Le médecin décidera si nécessaire de pratiquer tous les soins indispensables et éventuellement une intervention d'urgence avec anesthésie.

J'autorise en mon absence, la personne responsable de l'accueil, à accompagner mon enfant sortant de l'hôpital.

**FAIT LE :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **A :** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE** des parents ou responsables légaux de l'enfant

### DOCUMENTS A FOURNIR (photocopies) :

- certificat de contre-indication aux vaccinations le cas échéant  
 pages de vaccinations du carnet de santé ou certificat médical de vaccination DT Polio