

☐ ACCUEIL PÉRISCOLAIRE/TAP (Préciser le nom de la structure) \_\_\_\_\_

A remplir (au stylo, appuyez fort SVP) par les parents ou responsables légaux ; à renouveler chaque année scolaire

**ENFANT/JEUNE**      **Nom :** \_\_\_\_\_      **Prénom :** \_\_\_\_\_  
 Sexe : ☐ F ☐ M      Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Lieu : \_\_\_\_\_  
 En famille d'accueil : ☐ NON ☐ OUI      Autre : \_\_\_\_\_  
 Scolarisé : ☐ NON ☐ OUI      Établissement : \_\_\_\_\_      Enseignant : \_\_\_\_\_      Classe : \_\_\_\_\_  
 N° assurance extrascolaire : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du responsable légal à utiliser pour la facturation**

**PARENT ou RESP. LEGAL 1 -** ☐ mère ☐ père ☐ tuteur ☐ tutrice ☐ famille d'accueil  
**Nom :** \_\_\_\_\_      **Prénom :** \_\_\_\_\_  
 Bât \_\_\_\_ Apt \_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale : ☐ marié(e) ou pacsé(e) ☐ en concubinage ☐ divorcé(e) ☐ célibataire, séparé(e), veuf(ve)  
 Tél (Domicile) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mobile) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Régime Sécurité Sociale : ☐ Général (CAF)/ N° Allocataire CAF \_\_\_\_\_ ☐ Agricole (MSA)  
**J'accepte de recevoir par mail : les factures** ☐ NON ☐ OUI      l'actualité des Francas ☐ NON ☐ OUI

**PARENT ou RESP. LEGAL 2 -** ☐ mère ☐ père ☐ tuteur ☐ tutrice ☐ famille d'accueil  
**Nom :** \_\_\_\_\_      **Prénom :** \_\_\_\_\_  
 Bât \_\_\_\_ Apt \_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Profession \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale : ☐ marié(e) ou pacsé(e) ☐ en concubinage ☐ divorcé(e) ☐ célibataire, séparé(e), veuf(ve)  
 Tél (Domicile) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Travail) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Mobile) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_  
 Régime Sécurité Sociale : ☐ Général (CAF)/ N° Allocataire CAF \_\_\_\_\_ ☐ Agricole (MSA)

Mon enfant utilise le transport de ramassage le matin ou le soir (*disponible sur certaines communes*)

☐ NON ☐ OUI      arrêt \_\_\_\_\_

Mon enfant est autorisé à quitter seul la structure ? ☐ NON ☐ OUI , à partir de \_\_\_\_ h \_\_\_\_

\* 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 vous concernant.

**AUTORISATION(S) - Personne(s) habilitée(s) à venir chercher l'enfant**

A prévenir si 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"/>
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 copie 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 des conditions générales d'utilisation et de protection des données, et les accepter.

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

**SIGNATURE**

**DOCUMENTS A FOURNIR (photocopies) :**

- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire
- ☐ 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 : \_\_\_\_\_

### 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** (joindre la copie des pages vaccination du carnet de santé ou un certificat médical de vaccination)

- ☐ Date de la dernière injection du DT Polio coqueluche (obligatoire pour tous) \_\_\_\_\_
- ☐ autres vaccinations obligatoires pour tout enfant né à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 :

Vaccin (obligatoire si ° 01/01/2018 et après)	Date dernière injection	Vaccin (obligatoire si ° 01/01/2018 et après)	Date dernière injection
BCG		Rougeole, Oreillon, Rubéole (ROR)	
Méningites à Haemophilus influenzae b (ou DT Polio pentavalent)		Méningites, pneumonie et septicémies à pneumocoque	
Hépatite B (ou DT polio hexavalent)		Méningites et septicémies à meningocoque C	

- ☐ Mon enfant présente une /des contre-indication(s) médicale(s) à une (des) vaccination(s)  
*joindre le certificat de contre-indication*

#### 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, mis en place le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- ☐ 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 médical de vaccination DT Polio (ou pages du carnet de santé correspondantes),  
ou certificat de contre-indication aux vaccinations le cas échéant