



VILLE DE LA FLECHE

**DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE***(préalable à toute inscription à une activité)***VALIDITE : ANNEE SCOLAIRE 2011/2012****PAYS FLÉCHOIS**  
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES**ENFANT**

NOM DE L'ENFANT : ..... PRENOMS : .....

Sexe : masculin  féminin  Courriel : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Département (en lettres et en chiffres) : .....

L'enfant vit chez : ses deux parents  sa mère  son père  en alternance (à préciser) : ..... en famille d'accueil (à préciser) : ..... autre (à préciser) : .....**ETABLISSEMENT SCOLAIRE**

Année scolaire 2011-2012

NOM DE L'ETABLISSEMENT : .....

Maternelle  Elémentaire 

Classe : ..... Etablissement fréquenté précédemment : .....

**Demande de dérogation** : oui  non 

Si oui, école souhaitée : .....

Motifs : Fratrie  Domicile de la nourrice  Autre **RESPONSABLES LEGAUX****Mère**NOM de jeune fille : ..... Autorité parentale : oui  non 

NOM marital : ..... PRENOMS : .....

Situation familiale : célibataire  mariée  veuve  divorcée  séparée  pacsée  concubine 

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... ☎ : ..... Courriel : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

☎ (travail) : ..... ☎ (travail) : .....

N°CAF ou MSA : .....

**Père**NOM : ..... Autorité parentale : oui  non 

PRENOMS : .....

Situation familiale : célibataire  marié  veuf  divorcé  séparé  pacsé  concubin 

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... ☎ : ..... Courriel : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

☎ (travail) : ..... ☎ (travail) : .....

N°CAF ou MSA : .....

**Autre responsable légal (personne physique ou morale)**ORGANISME : ..... Autorité parentale : oui  non 

Personne référente : .....

Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... ☎ : ..... Courriel : .....

## AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

### Belle-Mère ou concubine

NOM de jeune fille : .....

NOM marital : ..... PRENOMS : .....

Situation familiale : célibataire  mariée  veuve  divorcée  séparée  pacsée  concubine

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... 📠 : ..... Courriel : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

☎ (travail) : ..... 📠 (travail) : .....

N°CAF ou MSA : .....

### Beau-Père ou concubin

NOM : .....

PRENOMS : .....

Situation familiale : célibataire  marié  veuf  divorcé  séparé  pacsé  concubin

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... 📠 : ..... Courriel : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

☎ (travail) : ..... 📠 (travail) : .....

N°CAF ou MSA : .....

## PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT DURANT TOUTE L'ANNEE SCOLAIRE

### 1ère PERSONNE

NOM : ..... PRENOM : .....

A appeler en cas d'urgence  Autorisée à prendre l'enfant à la sortie

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... 📠 : .....

☎ (travail) : ..... Numéro de poste : .....

### 2ème PERSONNE

NOM : ..... PRENOM : .....

A appeler en cas d'urgence  Autorisée à prendre l'enfant à la sortie

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... 📠 : .....

☎ (travail) : ..... Numéro de poste : .....

### 3ème PERSONNE

NOM : ..... PRENOM : .....

A appeler en cas d'urgence  Autorisée à prendre l'enfant à la sortie

Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... 📠 : .....

☎ (travail) : ..... Numéro de poste : .....

FRERES ET SŒURS VIVANT AU FOYER FAMILIAL			
A ne remplir qu'une seule fois par famille.			
	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			
Enfant 5			
Enfant 6			

  

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : ALLERGIES et/ou TRAITEMENTS			
Groupe sanguin : _____		Rhésus : _____	
Asthme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuse(s)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Alimentaire(s)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Projet d'accueil individualisé existant (PAI)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Précisions autres à apporter (port de lunettes, crises convulsives, aliments ou médicaments non autorisés) : .....			
.....			
.....			
NOM du médecin traitant : ..... ☎ : .....			

  

NOTE A LA FAMILLE	
Lors de ces différentes activités, votre enfant peut avoir besoin de soins. En fonction de la gravité de la situation, les personnels appelleront les secours qui feront intervenir soit une équipe du SMUR, les pompiers soit une ambulance privée.	
Les personnels municipaux et communautaires ne sont pas habilités à administrer des médicaments aux enfants.	

  

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE DE L'ENFANT	
Responsabilité civile : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Individuelle accident : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Compagnie d'assurance : .....	
N° de police d'assurance : .....	
Période de validité : .....	

  

ACTIVITES PERISCOLAIRES	
GARDERIES PERISCOLAIRES MATERNELLES ET ELEMENTAIRES	
<u>Garderie périscolaire du matin</u> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<u>Garderie périscolaire du soir</u> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Matin : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	Soir : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>
<u>Demande de dérogation de la garderie périscolaire du matin à partir de 7 h 30</u> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Matin : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	
RESTAURATION SCOLAIRE MATERNELLE ET ELEMENTAIRE	
<u>Fréquentation du restaurant scolaire</u> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	
Paiement de la facture par prélèvement automatique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
ETUDES SURVEILLEES	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
CE : Lundi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/>	CM : Mardi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>

<b>AUTORISATIONS VALABLES POUR TOUTES ACTIVITES</b>			
<b>DROIT A L'IMAGE</b>			
Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la ville ou de la CCPF, j'autorise gracieusement la publication d'images de mon enfant (photos et vidéos) sur les supports de communication de ces deux structures ainsi que sur les magazines et journaux locaux.	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<b>INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE</b>			
Autorisation de faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<b>AUTORISATIONS DE SORTIES</b>			
<b>DES GARDERIES PERISCOLAIRES</b>			
J'autorise mon enfant à rentrer seul ( <b>valable uniquement pour les élémentaires</b> ).	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
J'autorise mon enfant à participer à des activités extérieures à l'école durant les garderies périscolaires du matin, midi et soir.	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<b>DES ETUDES SURVEILLEES</b>			
J'autorise mon enfant à rentrer seul à la sortie des études surveillées.	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mon enfant intégrera la garderie périscolaire à la sortie des études surveillées.	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<b>DES ACCUEILS DE LOISIRS (6-13 ans)</b>			
Mon enfant a plus de 8 ans, je l'autorise à rentrer seul à la sortie de l'Accueil de Loisirs.	oui	<input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
<p>Je (nous), soussigné(é)(s) .....  responsable(s) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires.</p> <p><b>Date :</b> ..... <b>Signature du ou des parents :</b></p>			
<b>Merci de nous faire part de toute modification, dans les plus brefs délais.</b>			
<p>Les droits d'accès et de rectification des personnes aux informations transmises dans le Dossier Administratif Unique s'exercent auprès de la ville de La Flèche et de la Communauté de Communes de La Flèche.</p> <p>Pour ces activités, les conditions sont définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004.</p>			

## PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR POUR LES ACTIVITES CI-DESSOUS

- Présentation d'un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (EDF, GDF, eau,...)
- En cas de divorce ou de séparation, fournir le(s) jugement(s) précisant le lieu d'habitation et l'attribution de l'autorité parentale de votre enfant (à joindre à ce document une seule fois, si vous avez plusieurs enfants).

### PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR SELON LES ACTIVITES

<b>Pré-inscription scolaire</b>	<input type="checkbox"/> Présentation obligatoire du livret de famille <input type="checkbox"/> Copie du certificat de radiation (s'il est en votre possession)
<b>Dérogation scolaire</b>	<input type="checkbox"/> Fournir les 3 derniers bulletins de salaire de la nourrice (éventuellement une attestation sur l'honneur) ou un courrier motivant la demande
<b>Garderie périscolaire</b>	Pour une demande de dérogation à 7h30 : <input type="checkbox"/> Attestation délivrée par l'employeur mentionnant les horaires pour chaque parent <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire en cours
<b>Restauration scolaire</b>	<input type="checkbox"/> Si vous avez fait le choix du prélèvement automatique, compléter l' <b>Annexe 1</b> (pour une première demande) et joindre un RIB <input type="checkbox"/> Copie du certificat d'allergie de l'allergologue <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire en cours
<b>Accueils de Loisirs Club Ados (camps)</b>	<input type="checkbox"/> Copies du ou des avis d'imposition sur les revenus pour chaque personne vivant au foyer : - <u>Votre enfant a fréquenté les Accueils de Loisirs en 2010</u> : → dossier administratif valable jusqu'au 31/08/11 - <u>Votre enfant n'a jamais fréquenté les Accueils de Loisirs</u> : → inscription pour l'été 2011 : Avis d'imposition(s) 2010 sur les revenus 2009 demandé - <u>Pour toute inscription à compter du mois de septembre 2011</u> : → feuille(s) d'imposition(s) 2011 sur les revenus 2010 (à transmettre dès réception) <input type="checkbox"/> Si vous avez fait le choix du prélèvement automatique, compléter une autorisation de prélèvement et joindre un RIB ( <b>à compter du 01/09/2011</b> ) <input type="checkbox"/> Copie du dernier avis des prestations familiales (Possibilité de l'éditer à la borne du Centre Social ou sur internet avec votre code CAF). <input type="checkbox"/> Les passeports loisirs CAF ou les tickets MSA de l'année en cours <input type="checkbox"/> Copie du test d'immersion de 25m <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison à compléter <b>Annexe 2</b> <input type="checkbox"/> Copies des vaccinations du carnet de santé <input type="checkbox"/> Copie(s) du certificat d'allergie de l'allergologue <input type="checkbox"/> Photographie <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire 2011/2012 (à rapporter dès réception)
<b>Club Plage</b>	Mêmes pièces demandées, sauf les avis d'imposition

### LISTE DES PIECES A CONSERVER

- Le règlement intérieur des Services Périscolaires

**POUR TOUTES INSCRIPTIONS**  
à une ou plusieurs activités, veuillez vous rapprocher du service concerné.

#### PERIODES D'INSCRIPTIONS :

Activités	Début	Fin	Lieu
Pré-inscriptions scolaires	A partir du lundi 11 avril 2011	Tout au long de l'année	Direction de l'Action Educatrice et Sportive de la Mairie Espace Pierre Mendès France 72200 LA FLECHE ☎ : 02.43.48.53.71 www.ville-lafleche.fr
Gardiennes périscolaires	A partir du lundi 11 avril 2011	Pour le 30 juin 2011	
Restauration scolaire			
Etudes surveillées			
Accueils de Loisirs Eté 2011	Du lundi 9 mai 2011	Au vendredi 27 mai 2011	
Accueil de Loisirs 3-13 ans (mercredis et petites vacances)	Toute l'année, en fonction des périodes d'inscriptions indiquées sur le calendrier annuel		
Carte Atout-Jeunes (Club Ados - Tickets Sports - Club Plage - Anti Routine)	A partir du lundi 9 mai 2011	Pour le 30 juin 2011 pour le Club Plage  Tout au long de l'année pour les autres activités	Espace Gambetta 48 Bd Gambetta à La Flèche ☎ : 02.43.45.68.55 www.cc-paysflechois.fr www.ville-lafleche.fr



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui, 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)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non  ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

N° SÉCURITÉ SOCIALE : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : \_\_\_\_\_

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL :  DE LA CMU  D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES



**AUTORISATION DE PRELEVEMENT « Restauration scolaire municipale »**

Madame, Monsieur,

Des services toujours plus pratiques pour vous faciliter la vie. Avec le prélèvement à chaque facture, c'est simple, gratuit et tout à votre avantage :

- Tranquillité** Pas d'oubli, vous êtes toujours à jour même quand vous êtes en vacances ou loin de chez vous. Vous évitez d'éventuelles pénalités de retard de paiement.
- Économie** Plus d'enveloppe à poster, plus de timbre à chercher.
- Liberté** Pas d'engagement de durée. Vous pouvez à tout moment suspendre votre contrat sur simple demande écrite.

**P.S. : Merci de compléter les 2 coupons et de joindre un relevé d'identité bancaire.**

**CODE EMETTEUR : 485 373**

**Autorisation de prélèvement**

Service Restauration Scolaire de La Flèche ☎ 02.43.48.53.71

**Je souhaite bénéficier du service prélèvement et j'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus.**

Je soussigné (e) :

NOM : ..... PRENOM : .....  
.  
ADRESSE : .....  
.....  
.....  
.....

**Le compte à débiter :**

Etablissement | ..... |  
Guichet | ..... |  
N° de compte | ..... |  
Clé RIB | ..... |  
Nom et adresse de ma banque :  
.....  
.....

**Date et Signature**

**CODE EMETTEUR : 485 373**

**Autorisation de prélèvement**

Service Restauration Scolaire de La Flèche ☎ 02.43.48.53.71

**Je souhaite bénéficier du service prélèvement et j'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus.**

Je soussigné (e) :

NOM : ..... PRENOM : .....  
.  
ADRESSE : .....  
.....  
.....  
.....

**Le compte à débiter :**

Etablissement | ..... |  
Guichet | ..... |  
N° de compte | ..... |  
Clé RIB | ..... |  
Nom et adresse de ma banque :  
.....  
.....

**Date et Signature**