
 <b>VILLE DE LA FLECHE</b>	<b>DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE</b> <i>(préalable à toute inscription à une activité)</i> <b>VALIDITE : ANNEE SCOLAIRE 2011/2012</b>	 <b>PAYS FLÉCHOIS</b> COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
<b>JEUNE</b>		
NOM DU JEUNE : ..... PRENOMS : ..... Sexe : masculin <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> Courriel : ..... Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : ..... Département (en lettres et en chiffres) : ..... Le jeune vit chez : ses deux parents <input type="checkbox"/> sa mère <input type="checkbox"/> son père <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en alternance (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> en famille d'accueil (à préciser) : ..... <input type="checkbox"/> autre (à préciser) : .....		
<b>ETABLISSEMENT SCOLAIRE</b> Année scolaire 2011-2012		
NOM DE L'ETABLISSEMENT : ..... Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/> Etablissement fréquenté précédemment : ..... Classe : .....		
<b>RESPONSABLES LEGAUX</b>		
<b>Mère</b>		
NOM de jeune fille : ..... Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> NOM marital : ..... PRENOMS : ..... Situation familiale : célibataire <input type="checkbox"/> mariée <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> séparée <input type="checkbox"/> pacsée <input type="checkbox"/> concubine <input type="checkbox"/> Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... Courriel : ..... Profession : ..... Employeur : ..... Adresse de l'employeur : ..... (travail) : ..... (travail) : ..... N° CAF ou MSA : .....		
<b>Père</b>		
NOM : ..... Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> PRENOMS : ..... Situation familiale : célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> concubin <input type="checkbox"/> Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : ..... Courriel : ..... Profession : ..... Employeur : ..... Adresse de l'employeur : ..... (travail) : ..... (travail) : ..... N° CAF ou MSA : .....		
<b>Autre responsable légal (personne physique ou morale)</b>		
ORGANISME : ..... Autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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 LE JEUNE 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 LE JEUNE : ALLERGIES et/ou TRAITEMENTS

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

Rhésus : \_\_\_\_\_

Asthme                            oui     non

Médicamenteuse(s)            oui     non

Alimentaire(s)                    oui     non

Projet d'accueil individualisé  
existant (PAI)                    oui     non

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 DU JEUNE

Responsabilité civile : oui     non

Individuelle accident : oui     non

Compagnie d'assurance : .....

N° de police d'assurance : .....

Période de validité : .....

### AUTORISATIONS VALABLES POUR TOUTES ACTIVITES

#### DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la ville ou de la CCPPF, 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     non

#### INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE

Autorisation de faire procéder à toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité                    oui     non

### AUTORISATIONS DE SORTIES

#### DES ACCUEILS DE LOISIRS (6-13 ans)

Mon enfant a plus de 8 ans, je l'autorise à rentrer seul à la sortie de l'Accueil de Loisirs.                    oui     non

Je (nous), soussigné(é)(s) .....  
responsable(s) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date : .....

Signature du ou des parents :

**Merci de nous faire part de toute modification, dans les plus brefs délais.**

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.  
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.

## 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

<p><b>Accueils de Loisirs</b></p> <p><b>Club Ados (camps)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copies du ou des avis d'imposition sur les revenus pour chaque personne vivant au foyer :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Votre enfant a fréquenté les Accueils de Loisirs en 2010</u> : → dossier administratif valable jusqu'au 31/08/11</li> <li>- <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</li> <li>- <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)</li> </ul> </li> <li><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>)</li> <li><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).</li> <li><input type="checkbox"/> Les passeports loisirs CAF ou les tickets MSA de l'année en cours</li> <li><input type="checkbox"/> Copie du test d'immersion de 25m</li> <li><input type="checkbox"/> Fiche sanitaire de liaison à compléter <b><u>Annexe 2</u></b></li> <li><input type="checkbox"/> Copies des vaccinations du carnet de santé</li> <li><input type="checkbox"/> Copie(s) du certificat d'allergie de l'allergologue</li> <li><input type="checkbox"/> Photographie</li> <li><input type="checkbox"/> Attestation d'assurance de responsabilité civile pour l'année scolaire 2011/2012 (à rapporter dès réception)</li> </ul>
<b>Club Plage</b>	Mêmes pièces demandées, sauf les avis d'imposition

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

### PERIODES D'INSCRIPTIONS :

Activités	Début	Fin	Lieu
Accueils de Loisirs Eté 2011	Du lundi 9 mai 2011	Au vendredi 27 mai 2011	Direction de l'Action Educative et Sportive de la Mairie Espace Pierre Mendès France 72200 LA FLECHE ☎ : 02.43.48.53.71 www.ville-lafleche.fr
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)	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