



# DOSSIER ADMINISTRATIF UNIQUE

Déposé le .....

Saisi le .....

Pays Fléchois  
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

## MERCI DE REMPLIR UNIQUEMENT LES PARTIES NECESSAIRES

### ENFANT

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

Sexe : masculin  féminin

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

Lieu de naissance : ..... Département (en chiffres) : .....

L'enfant vit chez : ses deux parents  sa mère  son père

en alternance (semaine paire/impair à préciser) : .....

en famille d'accueil (à préciser) : .....

autre (à préciser) : .....

### INSCRIPTION SCOLAIRE

NOM DE L'ETABLISSEMENT (école de secteur) : .....

Maternelle  Élémentaire  Classe : .....

Etablissement fréquenté précédemment (si différent) : .....

Demande de dérogation (autre école de secteur) : oui  non

Si oui, école souhaitée : .....

Motifs : Fratrie  Assistante maternelle  Cursus pédagogique  Autre

### RESPONSABLES LEGAUX

**Mère** Autorité parentale : oui  non

NOM d'usage : ..... PRENOMS : .....

NOM de naissance : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance (+ Dép.) : .....

Situation familiale : célibataire  mariée  veuve  divorcée  séparée  pacsée  concubine

Adresse : .....

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

☎ : ..... ☎ : .....

N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire) : .....

Courriel : .....  autorise son utilisation pour le compte Espace famille (1 seul par foyer)

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

Adresse de l'employeur : .....

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

**Père** Autorité parentale : oui  non

NOM d'usage : ..... PRENOMS : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance (+ Dép.) : .....

Situation familiale : célibataire  marié  veuf  divorcé  séparé  pacsé  concubin

Adresse : .....

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

☎ : ..... ☎ : .....

N° allocataire CAF ou MSA (obligatoire) : .....

Courriel : .....  autorise son utilisation pour le compte Espace famille (1 seul par foyer)

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

Adresse de l'employeur : .....

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

### Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Structure/organisme d'accueil : ..... Autorité parentale : oui  non

Personne référente : .....

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

Adresse : .....

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

☎ : ..... ☎ : ..... Courriel : .....

## AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER

### Frères et Sœurs

	NOM	PRENOM	Date de naissance	Lieu de naissance (+Dpt)
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				
Enfant 5				

### Belle-Mère/Beau-Père ou concubine/concubin

NOM d'usage : ..... PRENOMS : .....

NOM de naissance : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance (+ Dép.) : .....

Situation familiale : célibataire  marié(e)  veuf(ve)  divorcé(e)  séparé(e)  pacsé(e)  concubin(e)

Adresse : .....

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

☎ : ..... 📠 : .....

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

Adresse de l'employeur : .....

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

### PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT (autre que les représentants légaux ou vivant au foyer)

**Important : renseigner une seule personne par encart (pas de M. et Mme sur la même ligne)**

#### 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 : .....

**Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence"**

☎ : ..... 📠 : .....

#### 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 : .....

**Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence"**

☎ : ..... 📠 : .....

#### 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 : .....

**Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence"**

☎ : ..... 📠 : .....

#### 4ème 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 : .....

**Coordonnées téléphoniques obligatoires si personne "à appeler en cas d'urgence"**

☎ : ..... 📠 : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : ALLERGIES et/ou TRAITEMENTS

Asthme oui  non  Allergies médicamenteuse(s) oui  non

Allergies alimentaire(s) oui  non  Projet d'accueil individualisé (PAI) oui  non

si oui, déposer une copie avant la fréquentation des différents dispositifs

Régime alimentaire spécifique : .....

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et que mon enfant est à jour de ses vaccins

Précisions autres à apporter (port de lunettes, crises convulsives, aliments ou médicaments non autorisés) : .....

Médecin traitant : ..... ☎ : .....

En cas d'allergies, pathologies nécessitant un traitement, protocoles spécifiques,.. la réalisation d'un PAI est obligatoire. Merci de contacter la médecine scolaire pour l'établissement du document au 02.43.45.22.52

## NOTE A LA FAMILLE

Lors de ses 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 SAMU, les pompiers soit une ambulance privée.

Les personnels municipaux et communautaires ne sont pas habilités à administrer des médicaments aux enfants.

## AUTORISATIONS VALABLES POUR TOUTES LES ACTIVITES

### DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion d'activités ou de manifestations de la ville ou de la CCPF, j'autorise 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

- sur le **portail e-primo** (suppression des images après chaque année scolaire) oui  non

### INTERVENTION MEDICALE OU CHIRURGICALE PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTE

Autorisation pour toute intervention médicale ou chirurgicale oui  non

Lieu d'hospitalisation : .....

## AUTORISATIONS

### DES SERVICES PERISCOLAIRES (Pause méridienne, Pass Educatif,...)

J'autorise mon enfant à rentrer seul (uniquement pour les élémentaires). oui  non

### DES SERVICES EXTRASCOLAIRES (Accueils de Loisirs, Tickets sports, Club Ados,...)

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

**Mentions légales** : Les données vous concernant contenues sur ce Dossier Administratif Unique, qui doit être complété, sont fournies sur la base de votre consentement et sont destinées à être traitées par la Direction des Services aux familles de la commune de La Flèche en charge de l'activité scolaire et de certaines activités périscolaires, et de la Communauté de communes du Pays Fléchois en charge de certaines autres activités périscolaires et des activités extrascolaires mis en place sur le territoire où vous résidez. Elles sont nécessaires pour l'organisation et le fonctionnement d'un service de qualité et, dans le cadre de leur traitement, certaines de ces données sont susceptibles d'être transmises aux communes sur le territoire desquelles se situent les différentes structures d'accueil et à ces structures elles-mêmes.

Ces données seront conservées pendant toute la durée nécessaire à atteindre la finalité de leur traitement et, en aucun cas, elles ne seront transmises à des tiers.

Conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement européen sur la protection des données n° 2006/679 du 27 avril 2016 (RGPD), pour tout renseignement concernant ces données et leur traitement ou pour exercer les droits qui vous sont reconnus par la réglementation en vigueur (accès, rectification, portabilité, effacement des données, limitation ou opposition au traitement de ces données), vous pouvez prendre contact avec le responsable du traitement (Maire de la commune pour certains services et Président de de la Communauté de communes pour d'autres services) à l'adresse suivante [rgpd@ville-lafleche.fr](mailto:rgpd@ville-lafleche.fr) ou [rgpd@cc-paysflechois.fr](mailto:rgpd@cc-paysflechois.fr) /ou le délégué à la protection des données (Atesart, mail : [dpo@sarthe.fr](mailto:dpo@sarthe.fr)). Un justificatif d'identité vous sera alors demandé. Vous pouvez également, si vous le jugez nécessaire, prendre contact avec l'autorité de contrôle compétente à l'adresse suivante : [contact@cnil.fr](mailto:contact@cnil.fr)

Je (nous), soussigné(e)(s) ..... responsable(s) de l'enfant, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur ce document, et déclare(nt) avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services périscolaires et extrascolaires disponible sur les sites Internet de la Ville de La Flèche ([www.ville-lafleche.fr](http://www.ville-lafleche.fr)) et de la Communauté de Communes du Pays Fléchois ([www.paysflechois.fr](http://www.paysflechois.fr)) et des mentions légales ci-dessus et en accepter les termes.

Date : .....

Signature du ou des représentants légaux :

**PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR POUR LES ACTIVITES CI-DESSOUS**  
pièces à fournir pour toute nouvelle inscription, ou pour tout changement de situation (domicile ou familial).

**PIECES COMPLEMENTAIRES A FOURNIR SELON LES ACTIVITES**

Pré-inscription scolaire	<input type="checkbox"/> Livret de famille ou acte de naissance <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (EDF, GDF,...) <input type="checkbox"/> 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 l'enfant <input type="checkbox"/> Copie du certificat de radiation (s'il est en votre possession)
Dérogation scolaire	<input type="checkbox"/> Imprimé de dérogation à compléter <input type="checkbox"/> Courrier motivant la demande (et justificatif possible) <input type="checkbox"/> Fournir les 3 derniers bulletins de salaire et le justificatif de domicile de l'assistante maternelle (ou contrat liant l'enfant à l'assistante maternelle) pour un motif de demande liée à l'assistante maternelle
Accueil périscolaire Ville de La Flèche	<input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial de la CAF ou de la MSA (à défaut votre(vos) dernier(s) avis d'imposition du foyer et attestation de paiement de la CAF ou de la MSA (prestations familiales)) <input type="checkbox"/> Pour une première demande de prélèvement automatique ou pour tout changement de coordonnées bancaires : imprimé de prélèvement à compléter, accompagné d'un RIB IBAN <input type="checkbox"/> Carnet de santé (vaccinations) <input type="checkbox"/> Copie du Projet d'Accueil Individualisé de l'enfant ou de son renouvellement <u>avant la participation de l'enfant au dispositif</u> et copie de l'allergologue ou spécialiste suivant situation et protocole
Pause méridienne	<input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial de la CAF ou de la MSA (à défaut votre(vos) dernier(s) avis d'imposition du foyer et attestation de paiement de la CAF ou de la MSA (prestations familiales)) <input type="checkbox"/> Pour une première demande de prélèvement automatique ou pour tout changement de coordonnées bancaires : imprimé de prélèvement à compléter, accompagné d'un RIB IBAN <input type="checkbox"/> Carnet de santé (vaccinations) <input type="checkbox"/> Copie du Projet d'Accueil Individualisé de l'enfant ou de son renouvellement <u>avant la participation de l'enfant au dispositif</u> et copie de l'allergologue ou spécialiste suivant situation et protocole
Dispositifs extrascolaires Enfance jeunesse (Accueils de Loisirs, Club Ados, séjours, Tickets sports,...)	<p><u>Si toute 1ère inscription</u> (enfant n'ayant jamais fréquenté un dispositif proposé par la DSJE)</p> <input type="checkbox"/> Livret de famille ou acte de naissance <input type="checkbox"/> Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (EDF, GDF,...) <input type="checkbox"/> 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 l'enfant <input type="checkbox"/> Carnet de santé (pages vaccination)
	<input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial de la CAF ou de la MSA (à défaut votre(vos) dernier(s) avis d'imposition du foyer et attestation de paiement de la CAF ou de la MSA (prestations familiales)) <input type="checkbox"/> Pour une première demande de prélèvement automatique ou pour tout changement de coordonnées bancaires : imprimé de prélèvement à compléter, accompagné d'un RIB IBAN <input type="checkbox"/> Notification des aides de la CAF en cours de validité <input type="checkbox"/> Copie du Projet d'Accueil Individualisé de l'enfant ou de son renouvellement <u>avant la participation de l'enfant au dispositif</u> et copie de l'allergologue ou spécialiste suivant situation et protocole
Pass Educatif	<input type="checkbox"/> Carnet de santé (pages vaccinations)

**COORDONNEES**

Cellule administrative Direction Services aux familles	Espace Gambetta
Tél : 02.43.48.53.71  education@ville-lafleche.fr alsh@cc-paysflechois.fr espacefamille@cc-paysflechois.fr	Tél : 02.43.45.68.55  jeunesse@cc-paysflechois.fr espacefamille@cc-paysflechois.fr
Horaires d'ouverture : Lundi, Mardi, Mercredi et Vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h30 Jeudi de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30	Horaires variables en fonction des périodes scolaires / vacances scolaires : à consulter sur le site de la CC du Pays fléchois <a href="https://www.paysflechois.fr/jeunesse/espace-gambetta/">https://www.paysflechois.fr/jeunesse/espace-gambetta/</a>