

**DOSSIER D'ADHÉSION AUX SERVICES
 PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES DE
 COISEVAUX**

ENFANT

NOM:.....PRÉNOM :.....
 DATE DE NAISSANCE :.....SEXE : Masculin Féminin
 ÉCOLE :.....CLASSE :.....
 NOM PROFESSEUR DES ÉCOLES :
 PAI : NON OUI.....

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
----------------------------	----------------------------

LIEN DE PARENTE: NOM:..... PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : PROFESSION: NOM DE L'EMPLOYEUR : CP :.....COMMUNE : <input type="checkbox"/> SANS EMPLOI 📞 MOBILE : ☎️ PROFESSIONNEL :	LIEN DE PARENTE : NOM JEUNE FILLE : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : PROFESSION: NOM DE L'EMPLOYEUR : CP :.....COMMUNE : <input type="checkbox"/> SANS EMPLOI 📞 MOBILE : ☎️ PROFESSIONNEL :
---	--

SITUATION FAMILIALE :

Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Célibataire Séparé(e)
 Divorcé(e) Veuf(ve) Famille d'accueil

Nombre d'enfants à charge :

REGIME : Allocataire CAF (Régime général) Régime spécial (MSA ou autres) Autre

N° Allocataire :

ADRESSE DE FACTURATION

M. OU MME
 NOM :.....PRENOM :
 N° ET NOM DE RUE :
 CODE POSTAL : COMMUNE :
 ADRESSE MAIL :

POUR LES PARENTS SÉPARÉS

LA GARDE DE L'ENFANT EST ATTRIBUÉE À : Père Mère Grands-parents Tuteur
 Alternée d'une semaine Alternée Week-end et vacances Autres (précisez) :

Coordonnées de l'autre responsable légal de l'enfant:

NOM :PRÉNOM:

N° ET NOM DE RUE :

CP:.....COMMUNE:.....  TÉLÉPHONE :

IMPORTANT : En cas de séparation ou divorce, l'enfant sera remis indifféremment au père ou à la mère, sauf si une décision juridique attestait de la déchéance parentale de l'un ou l'autre des parents. Dans ce cas, fournir une copie de l'acte de justice (uniquement les pages spécifiant le lieu de résidence et les modalités d'exercice de l'autorité parentale)

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e), **NOM :****Prénom :**

Représentant légal de l'enfant : **NOM :****Prénom :**

- Autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile (***Enfant scolarisé en élémentaire uniquement***)
- Autorise les personnes désignées ci-dessous à prendre en charge mon enfant (nous prévenir en cas de changement) :

NOM Prénom	Adresse complète	N° Téléphone	Lien avec l'enfant

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT (SI RESPONSABLES LEGAUX NON JOIGNABLES)

M.

MME

M. ET MME

NOM : PRÉNOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

N° ET NOM DE RUE :

CODE POSTAL : COMMUNE:

 DOMICILE :  MOBILE :

MÉDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM: SPÉCIALITÉ:

N° ET NOM DE RUE :

CODE POSTAL : COMMUNE:  :

RÉGIME ALIMENTAIRE : SANS PORC OU SANS VIANDE

ALLERGIE ALIMENTAIRE :

En cas d'allergie alimentaire, nous avons besoin d'un projet d'accueil individualisé pour constituer ce dossier. Ce document est à réaliser en faisant une demande auprès du directeur de l'école au préalable.

AUTORISATION DE PRISE DE VUES

Je soussigné(e), NOM : Prénom :

Représentant légal de l'enfant : NOM : Prénom :

- Autorise la prise de vue de mon enfant dans le cadre des accueils de loisirs (pendant les temps péri et extrascolaire) et la diffusion de l'image sur des supports papiers et numériques :
- dans les locaux accueillant du public (centre de loisirs, centre social).
 - dans le bulletin communautaire qui paraît également sur le site internet de la CCPH.
 - dans le cadre de différents bilans et rapport d'activités
 - dans la presse locale.

En aucun cas ces photographies ne pourront faire l'objet d'une utilisation commerciale.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera lieu en conséquence à aucune rémunération.

- N'autorise pas.

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement de l'accueil périscolaire, je soussigné(e),
LE RESPONSABLE DE L'ENFANT inscrit ci-dessus.

- **AUTORISE** mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs du centre de loisirs, y compris celles nécessitant l'utilisation d'un bus.
- **CERTIFIE** exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- **AUTORISE** les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- **DÉCHARGE** les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement de l'accueil.
- **AUTORISE** la collectivité à recueillir les informations relatives à mon quotient familial via le site de la CAF dédié aux professionnels.
- **Règlement Général sur la Protection des Données** : en remplissant ce formulaire, j'accepte que les informations fournies soient exploitées dans le cadre du service du service périscolaire de la Communauté de Communes du Pays d'Héricourt.

Demande d'accès au portail famille

Héricourt, le:.....

Signature précédée de la mention "*Lu et Approuvé*"