

**DOSSIER D'ADHÉSION AUX SERVICES
PÉRISCOLAIRES ET EXTRASCOLAIRES
D'HÉRICOURT**

ENFANT

NOM:.....PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : SEXE : Masculin Féminin

ÉCOLE :CLASSE :

NOM PROFESSEUR DES ÉCOLES :

FOYER DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT

M. MME MLLE M. ET MME M. ET MLLE FAMILLE D'ACCUEIL

NOM (S):.....PRÉNOM (S):

N° ET NOM DE RUE :

CODE POSTAL : COMMUNE:

 DOMICILE :ADRESSE MAIL :

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

N° ALLOCATAIRE CAF : NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE:

SITUATION FAMILIALE: Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale

Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf (ve)

PÈRE

MÈRE

NOM:.....

PRÉNOM :

PROFESSION:

NOM DE L'EMPLOYEUR :

CP :COMMUNE :

SANS PROFESSION SANS EMPLOI

 MOBILE :

 PROFESSIONNEL :

NOM JEUNE FILLE :

PRÉNOM :

PROFESSION:

NOM DE L'EMPLOYEUR :

CP :COMMUNE :

SANS PROFESSION SANS EMPLOI

 MOBILE :

 PROFESSIONNEL :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT

M. MME MLLE 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.

Demande d'accès au portail famille

Héricourt, le:.....

Signature précédée de la mention "Lu et Approuvé"

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Documents joints à l'inscription :

<input type="checkbox"/>	Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/>	Fiche sanitaire	<input type="checkbox"/>	PAI
<input type="checkbox"/>	Avis imposition	<input type="checkbox"/>	Carnet de santé	<input type="checkbox"/>	Attestation assurance
<input type="checkbox"/>	Volet règlement	<input type="checkbox"/>	Attestation de vaccination	<input type="checkbox"/>	RIB

Quotient familial :

<input type="checkbox"/>	T-2 : QF ≤ 440	<input type="checkbox"/>	T-1 : 441 < QF ≤ 570	<input type="checkbox"/>	T0 : 570 < QF ≤ 1501
<input type="checkbox"/>	T+1 : 1500 < QF	<input type="checkbox"/>	Tarif extérieur		

Revenus année précédente :

Nombre de parts :

Quotient familial :

DOSSIER REÇU PAR : ENREGISTRÉ PAR :

Communauté de Communes du Pays d'Héricourt
3, rue Martin Niemöller
70400 HERICOURT

Tél: 03.84.46.98.70
Fax: 03.84.46.98.71
www.cc-pays-hericourt.fr