FICHE FAMILLE
2023 / 2024

Fiche d'informations valable sur une seule année scolaire et pour l'ensemble des activités proposées par le service Jeunesse (accueils périscolaires, accueils de loisirs mercredis et vacances, activités jeunes et local jeunes).

FICHE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT TOUS LES ANS

EN CAS DE GARDE ALTERNEE OU SEPARATION, 2 DOSSIERS A REMPLIR
(si les 2 parents utilisent le service)

PORTAIL FAMILLE : Pont-de-Veyle ☐ Vonnas ☐ Les deux ☐ Mézériat* ☐ *périscolaire uniquement

RÉFÉRENT DU DOSSIER *(Personne contactée en priorité/liée au portail famille)* : Responsable 1 ☐ Responsable 2 ☐

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
NOM :	NOM : .....
Prénom :	Prénom : .....
Lien avec l'enfant : Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐	Lien avec l'enfant : Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐
Adresse :	Adresse : .....
Code Postal :	Code Postal : .....
Ville :	Ville : .....
Situation familiale : Célibataire ☐ Marié/Pacsé ☐	Situation familiale : Célibataire ☐ Marié/Pacsé ☐
Union libre ☐ Séparé/Divorcé ☐ Veuf/Veuve ☐	Union libre ☐ Séparé/Divorcé ☐ Veuf/Veuve ☐
Profession :	Profession : .....
Employeur :	Employeur : .....
Tél. domicile : ____/____/____/____/____/	Tél. domicile : ____/____/____/____/____/
Tél. travail : ____/____/____/____/____/	Tél. travail : ____/____/____/____/____/
Téléphone portable : ____/____/____/____/____/	Téléphone portable : ____/____/____/____/____/
Adresse mail : .....@.....	Adresse mail : .....@.....

Informations Allocataire : CAF ☐ MSA ☐ *(si MSA, fournir un justificatif)*

Département de l'organisme :..... Numéro allocataire : .....

(si autre département que l'Ain, fournir un justificatif) Quotient familial : .....

Autorisations parentales :

(rayer si besoin les mentions avec lesquelles vous n'êtes pas d'accord)

- J'autorise mon enfant à pratiquer toutes les activités du service autorisées par la règlementation y compris lorsqu'elles nécessitent un transport en autocar, véhicule communautaire,
- J'autorise le service à prendre des photos et vidéos de mon enfant et à les diffuser à des fins d'information sur le site internet (ou magazine, newsletter, page Facebook) de la CCV et des communes du territoire,
- J'autorise le service Communication à récupérer mon adresse mail pour l'envoi de la newsletter de la CCV,
- J'autorise le service Jeunesse à visionner les données concernant mon quotient familial CAF,
- J'autorise le directeur à prendre toutes les mesures qu'il jugerait utiles au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents et médicalement constatés.

J'atteste :

- Avoir pris connaissance des modalités d'organisation du service et du règlement intérieur,
- Avoir souscrit à un contrat d'assurance en responsabilité civile qui couvre les activités extra et périscolaires pratiquées par mon enfant,
- Être informé qu'en cas d'absence, les frais de séjour feront l'objet d'un avoir ou remboursement uniquement sur présentation d'un certificat médical transmis au plus tard dans les 48 heures, que l'organisateur se réserve le droit de modifier ou annuler les activités en cas de nécessité, que l'organisateur ne peut être tenu responsable en cas de perte ou de vol d'objet personnel,
- Être informé que l'équipe encadrante ne peut être tenue responsable de l'enfant en dehors des horaires mentionnés sur la plaquette d'informations de chaque activité.

Personnes habilitées à venir récupérer le(s) enfant(s) (autre que les représentants légaux) :

NOM / PRENOM	QUALITE	TELEPHONE

Personne non autorisée à venir récupérer le(s) enfant(s) :

NOM / PRENOM ..... Qualité :.....***(fournir copie du jugement)***

Je soussigné(e).....certifie l'exactitude des renseignements fournis, m'engage à prévenir le service Jeunesse en cas de changement et à les mettre à jour sur le portail famille en cours d'année.

Fait à : ....., le _____/_____/20_____ **Lu et approuvé, Signature :**

ENFANT 1 : Accueil périscolaire ☐ Mercredis ☐ Vacances ☐ Activités Jeunes ☐ (11-16 ans) Local jeunes ☐ (Grièges)

Autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI ☐ NON ☐

Nom/Prénom(s) : ..... Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Date de naissance : _____/_____/_____ **Classe en 2023-2024** : ..... Ecole :.....

Médecin traitant : .....Etablissement hospitalier en cas d'urgence :.....

Dates derniers rappels vaccins effectués :	DT POLIO	Coqueluche	HIB	Hépatite B	Pneumo-coque	Méningo-coque C	ROR
Né(e) avant 01/01/18							
Né(e) à partir du 01/01/18							

Allergies : OUI ☐ NON ☐ *Si oui, préciser causes/précautions à prendre* : .....

PAI *(si oui, fournir obligatoirement la photocopie)* : OUI ☐ NON ☐

(La collectivité décline toute responsabilité en cas d'allergies ou de problèmes de santé non signalés par la famille lors de l'inscription ou survenus en cours d'année)

Difficultés/recommandations de santé (maladie, accident, opération…)/handicap : .....

Autres (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire…) : .....

Type de repas : Standard ☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Autre (préciser) ☐ .....

ENFANT 2 : Accueil périscolaire ☐ Mercredis ☐ Vacances ☐ Activités Jeunes ☐ (11-16 ans) Local jeunes ☐ (Grièges)

Autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI ☐ NON ☐

Nom/Prénom(s) : ..... Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Date de naissance : _____/_____/_____ **Classe en 2023-2024** : ..... Ecole :.....

Médecin traitant : .....Etablissement hospitalier en cas d'urgence :.....

Dates derniers rappels vaccins effectués :	DT POLIO	Coqueluche	HIB	Hépatite B	Pneumo-coque	Méningo-coque C	ROR
Né(e) avant 01/01/18							
Né(e) à partir du 01/01/18							

Allergies : OUI ☐ NON ☐ *Si oui, préciser causes/précautions à prendre* : .....

PAI *(si oui, fournir obligatoirement la photocopie)* : OUI ☐ NON ☐

(La collectivité décline toute responsabilité en cas d'allergies ou de problèmes de santé non signalés par la famille lors de l'inscription ou survenus en cours d'année)

Difficultés/recommandations de santé (maladie, accident, opération…)/handicap : .....

Autres (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire…) : .....

Type de repas : Standard ☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Autre (préciser) ☐ .....

ENFANT 3 : Accueil périscolaire ☐ Mercredis ☐ Vacances ☐ Activités Jeunes ☐ (11-16 ans) Local jeunes ☐ (Grièges)

Autorisé à rentrer seul à son domicile : OUI ☐ NON ☐

Nom/Prénom(s) : ..... Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐

Date de naissance : _____/_____/_____ **Classe en 2023-2024** : ..... Ecole :.....

Médecin traitant : .....Etablissement hospitalier en cas d'urgence :.....

Dates derniers rappels vaccins effectués :	DT POLIO	Coqueluche	HIB	Hépatite B	Pneumo-coque	Méningo-coque C	ROR
Né avant 01/01/18							
Né(e) à partir du 01/01/18							

Allergies : OUI ☐ NON ☐ *Si oui, préciser causes/précautions à prendre* : .....

PAI *(si oui, fournir obligatoirement la photocopie)* : OUI ☐ NON ☐

(La collectivité décline toute responsabilité en cas d'allergies ou de problèmes de santé non signalés par la famille lors de l'inscription ou survenus en cours d'année)

Difficultés/recommandations de santé (maladie, accident, opération…)/handicap : .....

Autres (lunettes, lentilles, prothèses auditives, appareil dentaire…) : .....

Type de repas : Standard ☐ Sans porc ☐ Végétarien ☐ Autre (préciser) ☐ .....