

Cette fiche d'information est 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 ALTERNÉE OU SÉPARATION, 2 DOSSIERS DEVRONT ÊTRE COMPLÉTÉS
(si les 2 parents utilisent le service)

Accès au PORTAIL FAMILLE : Pont-de-Veyle Vonnas Les deux Mézériat* *accueil périscolaire uniquement

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

Responsable légal 1	Responsable légal 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Code Postal : Ville :	Code Postal : Ville :
Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié / Pacsé <input type="checkbox"/> Vie martiale <input type="checkbox"/> Séparé / Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf / Veuve <input type="checkbox"/>	Situation familiale : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié / Pacsé <input type="checkbox"/> Vie martiale <input type="checkbox"/> Séparé / Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf / Veuve <input type="checkbox"/>
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Téléphone domicile :	Téléphone domicile :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Téléphone professionnel :	Téléphone professionnel :
Adresse mail :@.....	Adresse mail :@.....

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

Département de l'organisme : Numéro allocataire : Quotient familial :

(si autre département que l'Ain, fournir un justificatif)

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 réglementation y compris lorsqu'elles nécessitent un transport en autocar, ou en véhicule communautaire,
- ▶ J'autorise le service à prendre des photos et des vidéos de mon enfant et à la 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 de l'accueil de loisirs 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 de fonctionnement, et m'engage à les respecter,
- ▶ 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 pas 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.

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 / / 202....

Lu et approuvé. Signature :

PERSONNES HABILITÉES À VENIR RÉCUPÉRER LE(S) ENFANT(S) (autre que les responsables légaux) :

NOM - Prénom	Qualité	Téléphone

Personne non autorisée à venir récupérer le(s) enfant(s) (autre que les responsables légaux) :

Nom – Prénom : Qualité : **[fournir copie du jugement]**

ENFANT 1

Autorisé à rentrer seul à son domicile

NOM - Prénom : Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : / /

Etablissement scolaire : Classe en 2024-2025 :

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

VACCINATIONS Dates des derniers rappels effectués	DTP Polio - Coqueluche - Haemophilus influenzae B - Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	ROR
Né(e) avant le 01/01/2018 / /			
Né(e) à partir du 01/01/2018 / / / / / / / /

• Allergies : Oui Non Si oui, préciser causes et précautions à prendre :

• Difficultés de santé (maladie, accidents, opérations...) : Oui Non / Handicap : Oui Non
Si oui, préciser causes et précautions à prendre :

En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui Non

• PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non **[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]**

• Autres recommandations utiles :

• Type de repas : Standard Sans porc Sans viande Sans poisson Autre (préciser)

ENFANT 2

Autorisé à rentrer seul à son domicile

NOM - Prénom : Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : / /

Etablissement scolaire : Classe en 2024-2025 :

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

VACCINATIONS Dates des derniers rappels effectués	DTP Polio - Coqueluche - Haemophilus influenzae B - Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	ROR
Né(e) avant le 01/01/2018 / /			
Né(e) à partir du 01/01/2018 / / / / / / / /

• Allergies : Oui Non Si oui, préciser causes et précautions à prendre :

• Difficultés de santé (maladie, accidents, opérations...) : Oui Non / Handicap : Oui Non
Si oui, préciser causes et précautions à prendre :

En cas de handicap, êtes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? Oui Non

• PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non **[Si oui, fournir obligatoirement la photocopie]**

• Autres recommandations utiles :

• Type de repas : Standard Sans porc Sans viande Sans poisson Autre (préciser)