



DOSSIER 2022-2023
 Maison des Jeunes
 Aspremont
 Extrascolaire – Périscolaire – Séjours



Composition du <u>Foyer</u> familial de <u>résidence</u>		
Au sein du foyer	Adulte 1	Adulte 2
Nom et prénom		
Date de naissance	à	à
Adresse courriel		
Tél. mobile		
Adresse		
Code postal et ville		
Tél. fixe		
Tél. professionnel		
Responsable CAF 06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N° Allocataire CAF06		Nbre d'enfants au foyer :

CAF 06 : Vous dépendez de la CAF des Alpes Maritimes :

Un site internet de la CAF (CDAP) permet à nos services habilités de consulter votre adresse, la composition de votre foyer et votre quotient familial, vous évitant de fournir sur papier toute modification **dans l'année en cours** suite à un changement de situation familiale.

Vous nous autorisez à utiliser le site internet de la CAF

<u>Cadre réservé à l'administration</u>	Date :
Régime :	Quotient familial :
Calculé par : la CAF <input type="checkbox"/> l'administration <input type="checkbox"/>	Nom de l'agent :

ASSURANCE

Dans votre intérêt et celui de vos enfants, pensez à vérifier que votre assurance couvre bien les dommages corporels auxquels peuvent être exposés vos enfants au cours des activités qu'ils pratiquent.

Nom de la Compagnie d'assurance :

Numéro de Police d'assurance :

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Ce dossier papier sera conservé durant 10 années

Vous êtes informés que le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé. Conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 6 janvier 1978, relative aux fichiers informatiques et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification ou de suppression des données vous concernant. Pour l'exercer, merci de contacter par courrier le Sivom Val de Banquière. (Voir mention légale).

VOUS RECONNAISSEZ :

- L'exactitude des renseignements et documents fournis et vous vous engagez à signaler, immédiatement, tout changement de situation, *Cochez*
- Avoir lu les mentions légales concernant la protection de vos données et être d'accord avec les finalités d'utilisation de celles-ci.
Cochez

Date _____

Signature de la personne (ou des personnes)
composant le foyer de l'enfant (ou des enfants)

ATTENTION : Seul un des parents, responsable légal (ou tuteur) de son ou ses enfant(s) peut déposer ce dossier.

(Il y aura des documents à signer sur place).

Si une autre personne doit venir, vous devez lui donner procuration pour votre ou vos enfant(s)

(Elle devra être munie de sa pièce d'identité originale ainsi que de la copie de votre carte d'identité)

DOCUMENTS ORIGINAUX OBLIGATOIRES A FOURNIR SUIVANT VOTRE SITUATION

Pour le foyer familial allocataire de la CAF 06

- Attestation de paiements et de quotient familial CAF 06 mentionnant le QF et la composition familiale

Pour le foyer familial NON allocataire de la CAF 06

- Avis d'imposition 2022 sur les revenus 2021 de chaque adulte du foyer (**original et copie**)
 Justificatif de domicile administratif de -3 mois si votre adresse est différente de celle de votre avis d'imposition
 Prestations familiales versées par votre caisse, si votre régime est différent du régime général

POUR TOUTES LES FAMILLES

- Chèque d'adhésion annuelle de 20€ par jeune au nom du Trésor Public
 Attestation d'assurance Responsabilité Civile
 Attestation d'assurance extrascolaire
 Attestation de mutuelle et de sécurité sociale
 Test Antipanique (obligatoire pour les activités nautiques)

Tout dossier incomplet sera refusé

Fiche de renseignement du jeune : 1er Enfant

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

Ecole

Classe

Responsables légaux ou tuteur	Parent 1 de l'enfant	Parent 2 de l'enfant	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
Date de Naissance			
Adresse			
Code postal et ville			
Téléphone			

Pratique alimentaire : Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un repas sans porc

ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) Accueil Collectif de Mineurs et l'animation sportive
Ou

Fournir la copie du carnet de santé – page Vaccination

Je soussigné (e), **Docteur**
certifie que l'enfant

Est à jour de ses vaccins pour 2022/2023 : Oui Contre-indication

La connaissance de certains éléments de santé est indispensable pour le personnel encadrant de nos structures.

Des renseignements considérés comme utiles peuvent être joints en complément de cette attestation.

Suivant les problèmes de santé évalués, la démarche de mettre en place un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** est un garant de sécurité pour l'enfant lors de l'accueil dans nos structures. Fait-le

Signature et tampon

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Eléments particuliers à signaler en fonction des animations proposées en complément à ce dossier

.....
Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un **Projet d' Accueil Individualisé (P.A.I)** est nécessaire. **A votre initiative, le .P.A.I.** est une démarche établie entre les responsables d'établissement scolaire, avec la présence d'un médecin scolaire et des responsables représentant nos structures et collectivités qui sont impliqués dans la vie de votre enfant souffrant d'un trouble chronique de santé. Il facilite l'accueil de votre enfant afin d'éviter l'exclusion, l'isolement.

Il est à réactualiser chaque année scolaire.

PAI Oui *Fournir le document*

Votre enfant est-il porteur de : lentilles , lunettes , prothèses dentaires , ou auditives autre

Information en cas de traitement médical

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Médecin traitant de votre enfant : Docteur..... 0.....

Pour tout élément médical évoqué ci-dessus, un échange d'information avec chaque responsable de structure est essentiel afin de mettre en œuvre un accueil adapté à votre enfant.

AUTORISATIONS

Maquillage : pour les fêtes et durant les animations **Oui**

Partir seul : J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités, après accord du responsable de l'activité **Oui**

Liste des personnes pouvant venir chercher mon enfant – munies d'une pièce d'identité obligatoire				
	Nom Prénom (par ordre d'appel)	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				

Je déclare exacts tous les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires.

Je reconnais avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation des données exprimées

Je récupérerai tous les documents d'ordre médical et les médicaments en fin de période.

Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents, tuteurs et enfants) la charte du Vivre Ensemble.

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs régissant chaque activité.

Pour toute décision de justice que vous considèrerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le responsable du service enfance qui vous contactera.

Signature du ou des responsable (s) légal (aux) de l'enfant

Fiche de renseignement du jeune

Nom - Prénom

Date naissance

Sexe

Ecole

Classe

Responsables légaux ou tuteur	Parent 1 de l'enfant	Parent 2 de l'enfant	Tuteur de l'enfant
Nom et Prénom			
Date de Naissance			
Adresse			
Code postal et ville			
Téléphone			

Pratique alimentaire : Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un repas sans porc

ATTESTATION MEDICALE (à remplir par le médecin) Accueil Collectif de Mineurs et l'animation sportive
Ou
Fournir la copie du carnet de santé – page Vaccination

Je soussigné (e), **Docteur**
certifie que l'enfant

Est à jour de ses vaccins pour 2022/2023 : Oui Contre-indication

La connaissance de certains éléments de santé est indispensable pour le personnel encadrant de nos structures.

Des renseignements considérés comme utiles peuvent être joints en complément de cette attestation.

Suivant les problèmes de santé évalués, la démarche de mettre en place un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** est un garant de sécurité pour l'enfant lors de l'accueil dans nos structures. Fait-le

Signature et tampon

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX à compléter par les parents

Éléments particuliers à signaler en fonction des animations proposées en complément à ce dossier

Pour certaines difficultés de santé, l'établissement d'un **Projet d' Accueil Individualisé (P.A.I)** est nécessaire. **A votre initiative, le .P.A.I,** est une démarche établie entre les responsables d'établissement scolaire, avec la présence d'un médecin scolaire et des responsables représentant nos structures et collectivités qui sont impliqués dans la vie de votre enfant souffrant d'un trouble chronique de santé. Il facilite l'accueil de votre enfant afin d'éviter l'exclusion, l'isolement.

Il est à réactualiser chaque année scolaire.

PAI Oui Fournir le document

Votre enfant est-il porteur de : lentilles , lunettes , prothèses dentaires , ou auditives autre

Information en cas de traitement médical

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Médecin traitant de votre enfant : Docteur..... 0.....

Pour tout élément médical évoqué ci-dessus, un échange d'information avec chaque responsable de structure est essentiel afin de mettre en œuvre un accueil adapté à votre enfant.

AUTORISATIONS

Maquillage : pour les fêtes et durant les animations **Oui**

Partir seul : J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités, après accord du responsable de l'activité **Oui**

Liste des personnes pouvant venir chercher mon enfant – munies d'une pièce d'identité obligatoire				
	Nom Prénom (par ordre d'appel)	Lien de parenté	Téléphone obligatoire	Autre téléphone
1				
2				
3				

Je déclare exacts tous les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de la structure d'accueil à prendre toutes mesures (traitements médicaux et hospitalisation) nécessaires.

Je reconnais avoir lu les mentions légales concernant la protection de mes données personnelles et je suis d'accord avec les finalités d'utilisation des données exprimées

Je récupérerai tous les documents d'ordre médical et les médicaments en fin de période.

Je certifie avoir accepté, informé et co-signé (parents, tuteurs et enfants) la charte du Vivre Ensemble.

Je certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs régissant chaque activité.

Pour toute décision de justice que vous considèrerez comme importante, merci de nous présenter l'original et la copie de l'extrait de jugement qui fera, si nécessaire, l'objet d'un entretien avec le responsable du service enfance qui vous contactera.

Signature du ou des responsable (s) légal (aux) de l'enfant