

- Crèche.....
- École Classe
- ALSH vacances
- ALSH mercredi
- Accueil Jeunes

A remplir par l'administration

NOM DE L'ENFANT Prénom

SEXE M F NÉ (E) LE/...../..... à CP

FILIATION DE L'ENFANT

MERE : NOM d'usage Prénom.....

Né (e) le/...../..... à CP Pays.....

Adresse..... CP..... Ville.....

Tél. fixe Tél. Portable Mail

Actuellement sans activité retraité en formation ou en stage étudiant en activité

Employeur Profession Tél. Professionnel

PERE : NOM d'usage Prénom.....

Né (e) le/...../..... à CP Pays.....

Adresse (si différente de la mère) CP..... Ville.....

Tél. fixe Tél. Portable Mail

Actuellement sans activité retraité en formation ou en stage étudiant en activité

Employeur..... Profession..... Tél. Professionnel.....

À NE REMPLIR QU'EN CAS DE SÉPARATION DES PARENTS DE L'ENFANT

- Autorité parentale conjointe au père à la mère autre
- Résidence de l'enfant chez le père chez la mère garde alternée autre

Attention : En cas de garde alternée, chaque parent doit remplir son propre dossier

A la charge de la mère tous les frais frais des semaines paires frais de semaines impaires

A la charge du père tous les frais frais des semaines paires frais de semaines impaires

Merci de nous communiquer le jugement de séparation.

SITUATION DE FAMILLE ACTUELLE

Célibataire Marié(e) Vie maritale Pacsé (e) Veuf (ve) Divorcé (e) Séparé (e)

NOMBRE D'ENFANT (S) A CHARGE

RÉGIME ALLOCATAIRE CAF MSA N°

NOM, PRÉNOM DE L'ALLOCATAIRE

CONTACTS DE LA FAMILLE (personnes majeures), en dehors des représentants légaux

Nom Prénom Lien avec l'enfant

Autorisé à récupérer l'enfant À contacter en cas d'urgence (téléphone

Nom Prénom Lien avec l'enfant

Autorisé à récupérer l'enfant À contacter en cas d'urgence (téléphone

Autorise l'enfant à rentrer seul

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Vaccinations obligatoires Oui Non Médecin : Tel

Asthme Oui Non Allergie alimentaire Oui Non Allergie médicamenteuse Oui Non

Votre enfant est-il - en situation de handicap ? Oui Non Enfant bénéficiant de l'AEEH Oui Non

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES (lunettes, diabolos...) :

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I) Un projet doit être établi avec le service AED-AESH en cas de maladie chronique (diabète, épilepsie, asthme), allergie (alimentaire ou médicamenteuse...)

Un P.A.I est-il déjà mis en place pour votre enfant ? Oui Non

Si oui PAI déjà connu des services municipaux PAI non connu ou 1^{ère} demande

DROIT À L'IMAGE J'autorise la Mairie de Moissac à utiliser l'image de mon enfant (photographie, vidéo) pour la présentation de ses activités (affichage, presse municipale, site internet et réseaux sociaux de la Ville). Oui Non

ENGAGEMENTS Je soussigné (e), (nom et prénom)

- Autorise le responsable de l'établissement à prendre les mesures d'urgence rendues nécessaires à l'état de santé de mon enfant,
- Autorise le personnel à effectuer un déplacement avec mon enfant à pied, en transport en commun ou dans un véhicule de service,
- Autorise la Mairie de Moissac à utiliser mon adresse mail dans le cadre de la diffusion d'informations concernant les structures municipales,
- Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations,
- Atteste que mon enfant est/sera assuré en responsabilité civile et extra-scolaire

Numéro de contrat Compagnie d'assurance

-Atteste avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement (documents disponibles sur le site internet de la Ville www.moissac.fr à retirer au guichet ou à demander par mail),

-Le responsable légal de l'enfant, titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et autorise la structure à saisir informatiquement mes données personnelles.

-Et m'engage à signaler au Guichet Unique tout changement (adresse, téléphone, mail, situation familiale ...)

Fait à

Le

Signature mère

Signature père

Signature du représentant légal

Le présent dossier fait l'objet d'un traitement informatisé conformément aux dispositions de la loi 78.17 du 06 janvier 1978 (revue en 2004) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes concernées par les informations nominatives portées sur le formulaire peuvent en demander la communication ainsi que la rectification le cas échéant.

Mairie de MOISSAC Pôle Enfance Jeunesse 5, rue Des Mazels 82200 – MOISSAC

Tél. 05 63 04 65 30 Mail : accueilscolaire@moissac.fr site : www.moissac.fr

Ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30