

DOSSIER FAMILLE
Année Scolaire 2018-2019
Restauration Scolaire-Garderie-Centre du mercredi

**A REMPLIR PAR
L'ADMINISTRATION**

IMPOTS:

HENINOIS

☐ < 500.00

☐ > 500.00

Extérieurs

☐ < 500.00

☐ > 500.00

ATTENTION : - Le dossier famille ne vaut pas réservation
 - Tout dossier incomplet sera refusé

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : _____

Né(e) le : _____ Lieu de Naissance : _____ Age : _____

Ecole : _____ ☐ Maternelle ☐ Élémentaire

FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

☐ Monsieur ☐ Madame

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

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. Domicile : _____ Tél. portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

Assistante Maternelle : Mme _____ Tel : _____

Assistante Familiale : Mme _____ Tel : _____

Adresse : _____

En cas de garde alternée, préciser qui est responsable

Semaine paire : ☐ père ☐ mère

Semaine impaire : ☐ père ☐ mère

Ne plus recevoir la facture papier (facture accessible sur le PORTAIL FAMILLE) ☐

PHOTOCOPIES (A JOINDRE A CE DOSSIER) :

- **Copie** de l'attestation Carte Vitale et de la Mutuelle
 - **Copie** de l'Assurance Scolaire ou de responsabilité Civile
 - **Copie** de la page des Vaccinations
 - **Copie** Avis d'imposition 2018 sur les revenus année 2017
Sauf familles imposables >500€ ou extérieures
 - **Copie** de la Notification d'aides au temps libre (Bon CAF)
 - **Copie** d'un justificatif de domicile daté de moins de 3 mois
- LES DOSSIERS SONT A REMETTRE A LA DIRECTION DES
AFFAIRES SCOLAIRES**

Pour tout changement de situation en cours d'année
veuillez le signaler à la direction des affaires scolaires :

DIRECTION Des Affaires Scolaires
 Rue Jacques Bingen
 62110 Hénin-Beaumont
 03.21.74.91.91

COORDONNEES DES PARENTS

PERE		MERE	
Nom :		Nom de jeune fille :	
Prénom :		Prénom :	
Date de naissance :		Date de naissance :	
N° Sécurité sociale :		N° Sécurité sociale :	
Profession :		Profession :	
Tél. du lieu de travail :		Tél. du lieu de travail :	

ADRESSE DU PERE OU DE LA MERE (si différente) : _____

Organisme CAF : _____ N° Allocataire CAF : _____

Nom de l'assurance : _____ N° de contrat : _____

Nom de la mutuelle : _____ N° de contrat : _____

NOM PRENOM ADRESSE ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT : _____

ALLERGIES : oui ☐ non ☐ MEDICAMENTEUSES : oui ☐ non ☐ ALIMENTAIRES : oui ☐ non ☐ PAI : oui ☐ non ☐
 Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, (si automédication le signaler) (joindre la photocopie du PAI pour signature)

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (ALIMENTAIRE,) : _____

REGIME ALIMENTAIRE : ☐ Sans Viande ☐ Sans Porc ☐ Autre : _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : _____

L'enfant suit-il un traitement médical : oui ☐ non ☐
 Si oui 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.**

L'enfant a-t-il fait ces maladies ?

RUBÉOLE	oui ☐ non ☐	ANGINE	oui ☐ non ☐	OTITE	oui ☐ non ☐
VARICELLE	oui ☐ non ☐	COQUELUCHE	oui ☐ non ☐	ROUGEOLE	oui ☐ non ☐
OREILLONS	oui ☐ non ☐	SCARLATINE	oui ☐ non ☐		

L'enfant porte-t-il ?
 LUNETTES oui ☐ non ☐ PROTHESES AUDITIVES oui ☐ non ☐ PROTHESES DENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTORISATIONS PARENTALE

Acceptez-vous que votre enfant soit pris en photo ou filmé : ☐ non ☐ oui

☐ Si mon enfant est piéton : ☐ Je l'autorise à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre
☐ Je ne l'autorise pas à retourner à la maison, non accompagné, à partir du centre

NOM ET TELEPHONE des personnes autorisées à venir chercher l'enfant : _____

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant,
 Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant
 Toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Inscription Restauration Scolaire
Année Scolaire 2018-2019

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : __/__/____

Ecole fréquentée :Classe :

Jour(s) de fréquentation

Semaine paire :

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Semaine impaire :

☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi

Allergies alimentaires : ☐ OUI précisez : ☐ NON PAI : ☐ Oui ☐ Non

Régime Alimentaire : ☐ Sans Viande ☐ Sans Porc ☐ Autre :

Date de la demande : __/__/____

Signature

Inscription Centre du Mercredi

Année Scolaire 2018-2019

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance : __/__/____

Ecole fréquentée :Classe :

Plage(s) horaire(s) de fréquentation

Semaine paire :

☐ Garderie Matin ☐ Matin ☐ Repas ☐ Après-midi ☐ Garderie Soir

Semaine impaire :

☐ Garderie Matin ☐ Matin ☐ Repas ☐ Après-midi ☐ Garderie Soir

Allergies alimentaires : ☐ OUI précisez : ☐ NON PAI : ☐ Oui ☐ Non

Régime Alimentaire : ☐ Sans Viande ☐ Sans Porc ☐ Autre :

Date de la demande : __/__/____

Signature :