



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

**A REMPLIR PAR
L'ADMINISTRATION**

IMPOTS:
HENINOIS
 < 500.00
 > 500.00
Exterieurs
 < 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 Elémentaire

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)

**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

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**

COORDONNEES DES PARENTS

<u>PERE</u>		<u>MERE</u>	
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
VARICELLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
OREILLONS	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

L'enfant porte-t-il ?

LUNETTES oui non PROTHESES AUDITIVES oui non PROTHESES DENTAIREES 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 :