



Hénin-Beaumont

DOSSIER FAMILLE

Année Scolaire 2019/2020

Restauration Scolaire – Accueils périscolaires

A REMPLIR PAR
L'ADMINISTRATION

IMPÔTS:

HENINOIS

< 500.00

> 500.00

EXTÉRIEURS

< 500.00

> 500.00

Le dossier famille ne vaut pas réservation

Tout dossier incomplet sera refusé

(hors feuille d'imposition à remettre le plus rapidement possible)

Pour les enfants en garde alternée : 2 dossiers sont à remplir (Maman et Papa)

ENFANT

NOM:	PRÉNOM:		
NÉ(E) LE:	LIEU DE NAISSANCE:	ÂGE:	
ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ:	<input type="checkbox"/> MATERNELLE	<input type="checkbox"/> ÉLÉMENTAIRE	<input type="checkbox"/> COLLÈGE

FAMILLE

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Père Mère Assistante(e) familial / tuteur (tutrice)

NOM:	PRÉNOM:
<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)	

ADRESSE :

CODE POSTAL VILLE :

☎ DOMICILE : ☎ PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

EN CAS DE GARDE ALTERNÉE, PRÉCISER QUI EST RESPONSABLE :

SEMAINE PAIRE : PÈRE MÈRE

SEMAINE IMPAIRE: PÈRE MÈRE

ADRESSE DU 2^{ÈME} RESPONSABLE LÉGAL :

Pour tout changement
de situation en cours d'année, veuillez le signaler à :

DIRECTION AFFAIRES SCOLAIRES

Pôle Social et Familial

143 Rue des Fusillés

62110 Hénin-Beaumont

03.21.74.91.91

restaurationscolaire@mairie-heninbeaumont.fr

PHOTOCOPIES (À JOINDRE À 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 2019 sur les revenus année 2018
- Copie de la Notification d'aides au temps libre (Bon CAF)
- Copie d'un justificatif de domicile daté de moins de 3 mois

FAMILLE

PARENT 1:	PARENT 2:
NOM:	NOM:
PRÉNOM:	PRÉNOM:
ADRESSE:	ADRESSE:
NÉ LE:	NÉ LE:
N° SS:	N° SS:
PROFESSION:	PROFESSION:
 TRAVAIL:	 TRAVAIL:

RENSEIGNEMENTS

ORGANISME CAF :	N° ALLOCATAIRE CAF :
NOM DE L'ASSURANCE :	N° DE CONTRAT :
NOM DE LA MUTUELLE :	N° DE CONTRAT :
MÉDECIN TRAITANT :	
ADRESSE :	 :

SANTÉ

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

RÉGIME ALIMENTAIRE : sans viande sans porc

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE

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

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

L'enfant porte-t-il ?

LUNETTES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
PROTHESES AUDITIVES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
PROTHESES DENTAIRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

AUTORISATIONS

DROIT À L'IMAGE :

Acceptez-vous que votre enfant soit pris en photo ou filmé (Facebook Ville – Magazine municipal) ?

oui non

NOM ET TÉLÉPHONE 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 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 2019-2020

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant _____
souhaite que :

- l'inscription soit réalisée par la Direction Affaires Scolaires pour l'année (les annulations restant à la charge de la famille)
- l'inscription (ou l'annulation) soit réalisée par mes soins sur le Portail Famille (Dans ce cas, ne pas remplir la partie « Inscription »)

ENFANT

NOM: _____ PRÉNOM: _____

NÉ(E) LE: _____ ÂGE: _____

ÉCOLE FRÉQUENTÉE: _____ CLASSE: _____

INSCRIPTION

- régulière toute l'année scolaire
- Lundi Mardi Jeudi Vendredi

SI ABSENCE – FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN JUSTIFICATIF

EN CAS DE GARDE ALTERNÉE, à remplir par les 2 parents:

Semaine paire (en charge de l'enfant: Mr – Mme* _____):

- Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Semaine impaire (en charge de l'enfant: Mr – Mme* _____):

- Lundi Mardi Jeudi Vendredi

*Barrer la mention inutile

- irrégulière

➔ **INSCRIPTION OU ANNULATION À PRÉVOIR CHAQUE JEUDI, AVANT MINUIT, POUR LA SEMAINE SUIVANTE (17H30 À LA DIRECTION AFFAIRES SCOLAIRES)**

RAPPEL

ALLERGIE ALIMENTAIRE : oui non

A préciser :

RÉGIME ALIMENTAIRE : sans viande sans porc

PAI : oui non

Fait le : ___ / ___ / _____

Nom – Prénom du Responsable légal :

Signature :

INSCRIPTION ACCUEILS DU MERCREDI

Année Scolaire 2019-2020

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant _____
souhaite que :

- l'inscription soit réalisée par la Direction Affaires Scolaires pour l'année (les annulations restant à la charge de la famille)
- l'inscription (ou l'annulation) soit réalisée par mes soins sur le Portail Famille (Dans ce cas, ne pas remplir la partie « Inscription »)

ENFANT

NOM: _____ PRÉNOM: _____

NÉ(E) LE: _____ ÂGE: _____

ÉCOLE FRÉQUENTÉE: _____ CLASSE: _____

INSCRIPTION

régulière TOUS les mercredis de l'année scolaire 2019-2020

SI ABSENCE – FOURNIR **OBLIGATOIREMENT** UN JUSTIFICATIF

EN CAS DE GARDE ALTERNÉE, à remplir par les 2 parents:

Semaine paire (en charge de l'enfant: Mr – Mme* _____):

Semaine impaire (en charge de l'enfant: Mr – Mme* _____):

*Barrer la mention inutile

irrégulière

➔ **INSCRIPTION OU ANNULATION À PRÉVOIR CHAQUE JEUDI, AVANT MINUIT, POUR LA SEMAINE SUIVANTE (17H30 À LA DIRECTION AFFAIRES SCOLAIRES)**

RAPPEL

ALLERGIE ALIMENTAIRE : oui non

A préciser :

RÉGIME ALIMENTAIRE : sans viande sans porc

PAI : oui non

Fait le : ___ / ___ / _____

Nom – Prénom du Responsable légal :

Signature :