

Dossier unique de renseignements

Service « Affaires Scolaires »

10 rue de l'isle
80100 Abbeville
03 75 62 00 50
education@ca-baiedesomme.fr

Service « Enfance Jeunesse »

10 rue de l'isle
80100 Abbeville
03 75 62 00 58
karen.schneider@ca-baiedesomme.fr
ou mathilde.dovergne@ca-baiedesomme.fr

Nom / prénom de l'enfant :

- fréquente les accueils de loisirs
- fréquente les services périscolaires liés à l'école (cantine, garderies, études)
- ne fréquente aucun service (restituer le dossier sans le compléter)

	Responsable 1	Responsable 2
Nom		
Prénom		
Situation familiale	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf (ve)	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> en concubinage <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf (ve)
	Si séparation, l'enfant : <input type="checkbox"/> vit intégralement avec <input type="checkbox"/> est en garde alternée entre les 2 responsables légaux Préciser si possible les modalités d'organisation :	
Adresse complète
Numéro(s) de téléphone		
Adresse mail		
Profession		
Employeur		
Régime sécurité sociale	<input type="checkbox"/> général <input type="checkbox"/> agricole <input type="checkbox"/> autre, préciser :	<input type="checkbox"/> général <input type="checkbox"/> agricole <input type="checkbox"/> autre, préciser :
Nom de l'allocataire		
Numéro d'allocataire CAF ou MSA		
Quotient familial <i>(uniquement si l'enfant fréquente l'accueil de loisirs)</i>		

FACTURATION

Les factures seront réglées par le ou les parent(s) Tuteur Famille d'accueil

Autre (préciser et joindre la prise en charge de l'organisme)

Nom / Prénom :

Organisme :

Adresse complète :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom de l'enfant :

masculin féminin Date et lieu de naissance : /..... /..... à

âge : classe : établissement scolaire :

Portable de l'enfant :

Adresse mail de l'enfant :

Nom du médecin traitant et coordonnées :

Nom de l'assurance (responsabilité civile) et numéro de contrat :

ACCUEILS PERISCOLAIRES (matin, midi et soir en temps scolaire)

	Lieu fréquenté
Garderie du matin <i>(à partir de 7h15)</i>	
Restauration scolaire	
Etude surveillée* <i>(présence impérative toute l'heure)</i>	
Ou garderie jusqu'à 18h30 <i>(possibilité de reprendre l'enfant à tout moment)</i>	

Transport scolaire

Matin :

lieu de montée.....

lieu de descente.....

Soir :

lieu de montée.....

lieu de descente.....

** après l'étude surveillée, l'enfant peut intégrer la garderie.*

ACCUEILS DE LOISIRS (mercredis et / ou petites vacances)

Lieu d'accueil :

• **Accueil de loisirs du mercredi :**

Menhecourt les Provinces Longpré LCS Saint Valery sur somme

• **Espace Jeunes 11/17 ans :**

EJ Abbeville EJ St Valery EJ Longpré LCS

• **Accueil de loisirs des vacances scolaires :**

Menhecourt les Provinces Vauchelles les Quesnoy Grand-Laviers
 Longpré LCS Saint Valery sur somme Arrest

Renseignements médicaux :

Pendant le temps scolaire, aucune prescription médicale ne peut être administrée, sauf dans le cadre d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)

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

Pour les ALSH, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant). **Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

• **Allergies :**

- médicamenteuses oui non asthme oui non
- alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

• **Régime alimentaire particulier : préciser.....**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

.....
.....

Indiquer si l'enfant bénéficie d'un P.A.I. : oui non
si oui : joindre une copie.

• **Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, un appareil dentaire, etc :

.....
.....

• **J'autorise mon enfant :**

à rentrer seul au domicile le midi et le soir après le centre de loisirs ;

à rentrer seul au domicile le midi et le soir après l'école ;

à être photographié et filmé individuellement ou en groupe dans le cadre des activités proposées et autorise l'organisateur à faire usage de ces productions photographiques et vidéographiques dans le cadre exclusif des missions de la communauté d'agglomération de la Baie de Somme ;

à participer aux sorties, visites et activités sportives effectuées dans le cadre des accueils de loisirs ;

à emprunter les transports liés aux activités ;

à emprunter les transports liés aux garderies du matin, le cas échéant.

• **Décharge de responsabilité :**

J'autorise les personnes nommées ci-dessous à reprendre mon enfant en cas d'empêchement de notre part et déclare décharger la CABS de toute responsabilité après la prise en charge de mon enfant par cette personne.

Nom / prénom / téléphone / lien de parenté :

-
-
-

J'autorise le responsable à prendre toutes les mesures en cas d'urgence y compris l'hospitalisation dans l'établissement le plus proche et à n'administrer le traitement médical que sur présentation d'ordonnance médicale.

Je m'engage à respecter les horaires de sortie.

Pièces à joindre obligatoirement (si participation aux accueils de loisirs)

Copie du carnet de vaccinations ou un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires et la copie de la page maladies contagieuses.

Attestation d'assurance extrascolaire en responsabilité civile et individuelle accident.

Dernier avis d'impôt sur les revenus (si non-allocataire CAF)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés.

Fait à..... , le.....

Signature responsable 1 :

Signature responsable 2 :