



Fiche famille 2024 / 2025

Service jeunesse

Les informations recueillies ci-dessous permettent l'inscription au service de votre/vos enfant(s).

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1*	Responsable légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Type : père / mère / autre (préciser) :	Type : père / mère / autre (préciser) :
Adresse :	Adresse : (si différente de celle du responsable 1)
Email :	Email :
Tel : __ / __ / __ / __ / __	Tel : __ / __ / __ / __ / __
Portable : __ / __ / __ / __ / __	Portable : __ / __ / __ / __ / __
Tel. Pro : __ / __ / __ / __ / __	Tel. Pro : __ / __ / __ / __ / __

Régime : CAF MSA Autres régimes

N° allocataire : QF :

⚡ Merci de noter votre numéro même si vous ne percevez pas ou plus d'allocations, votre quotient permet de vous appliquer le tarif horaire pour l'Accueil de Loisirs.

Si votre/vos enfant(s) est (sont) en garde alternée, merci d'en préciser les modalités ci-dessous (semaine paire ou impaire, ...) :

Personnes autorisées

(en complément des responsables légaux)

Les frères et sœurs mineurs susceptibles de récupérer le.s enfant.s doivent apparaître sur cette fiche.
Renseigner au minimum une personne pouvant être contactée en cas d'urgence et récupérer les enfants sans réponse du responsable légal. Une copie de la pièce d'identité valide les concernant (photo récente) est à joindre.

Nom, Prénom	Qualité Grand-parent, ami(e), voisin(e), frère, sœur...	Téléphone	A récupérer mon.mes enfant.s	A être contacté(e) en cas d'urgence
		_ / _ / _ / _ / _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		_ / _ / _ / _ / _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		_ / _ / _ / _ / _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		_ / _ / _ / _ / _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		_ / _ / _ / _ / _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		_ / _ / _ / _ / _	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Pièces obligatoires à fournir pour une première inscription :

- **Attestation de quotient familial**
- **Une copie du carnet de vaccination de chaque nouvel enfant**
- **Votre RIB accompagné de l'autorisation de prélèvement**

Responsable 1	Responsable 2
Nom-Prénom :	Nom-Prénom :
Fait à :	Fait à :
Date :	Date :
Signature	Signature

* La commune de Falleron traite vos données à caractère personnel dans le cadre de la gestion votre dossier et ce conformément à la loi informatique et libertés (loi n°78.17 du 06/01/1978) et au règlement général à la protection des données (règlement UE 2016/679 du 25/05/2018) dans le cadre de sa mission d'intérêt public. Vos données personnelles sont conservées par le service habilité le temps nécessaire à la gestion de votre dossier et selon les critères en vigueur. Vous pouvez faire valoir vos droits d'accès, d'effacement, de rectification, d'opposition, de limitation ou de portabilité en contactant la commune de Falleron, accueil@falleron.fr ou auprès de la CNIL.



Fiche de renseignements 2024 / 2025

Service Jeunesse

LE MINEUR

NOM* :

Prénom* :

Sexe* : fille garçon

Date de Naissance* : ... / ... / ...

Ecole* :

Classe à la rentrée 2024-2025 :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX / FICHE SANITAIRE

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour tous les mineurs) DTP (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES* (pour les mineurs nés à partir du 1er janvier 2018)

Hépatite B

Rougeole-Oreillons-Rubéole

Méningocoque C

Coqueluche

Pneumocoque

Haemophilus Influenzae type b (HIB)

ALLERGIES*

Asthme : oui non

Alimentaire : oui non

Médicamenteuse : oui non

Autre : oui non

Précisez les conduites à tenir : _____

PAI* (Projet d'Accueil Individualisé) : oui non Date de validité : _____

Notification MDPH* : oui non (si oui, joindre une copie)

Régime alimentaire* : oui non (sans viande sans porc)

AUTRES DIFFICULTES DE SANTE OU RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

NOM du médecin traitant* : _____ **Ville*** : _____

CONTACTS D'URGENCE

Représentant n°1

NOM* :

Prénom* :

N°portable* : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

N°professionnel : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Représentant n°2

NOM* :

Prénom* :

N°portable* : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

N°professionnel : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

AUTORISATION DE DEPART SEUL

Autorise / N'autorise pas mon enfant à quitter seul le service jeunesse

En cas d'accord, merci de préciser les jours, horaires et conditions particulières :

.....

.....

.....

.....

AUTORISATIONS PARENTALES*

Autorise / N'autorise Pas que mon enfant soit filmé et photographié dans le cadre des activités.

Les images seront utilisées sur différents supports de promotion, d'information et de communication (papier, analogique ou numérique) à l'occasion des bilans proposés aux familles, des plaquettes d'activités, des sites internet (sites, réseaux sociaux de la Mairie et du Service Jeunesse) la presse locale, les bulletins municipaux, l'affichage dans les structures d'accueil... Cette utilisation aura un caractère illimité dans le temps.

Autorise / N'autorise pas mon enfant à sortir et à quitter le service jeunesse de façon autonome pendant les créneaux d'ouvertures sans justificatif.

Autorise le personnel habilité à recueillir auprès de la CAF les informations suivantes : adresse postale, quotient familial, nombre d'enfants à charge

Autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par la structure d'accueil et à utiliser les moyens de transports collectifs (cars, trains, ...)

Certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat de personnes couvrant les dommages corporels.

Autorise le responsable, en cas d'accident impliquant mon enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé.

Accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient enregistrées dans un fichier informatisé par la commune de Falleron, responsables des services pour l'inscription, le suivi et la facturation du service.

Accepte que les services concernés se connectent à mon compte afin d'assurer l'assistance nécessaire en cas de difficultés liées à l'utilisation du Portail Famille.

Les données collectées sont conservées durant les 5 années qui suivent la clôture du dossier de l'enfant et sont destinées à un usage interne aux personnes habilitées de la commune de Falleron responsables des services afin d'assurer dans les meilleurs conditions l'accueil scolaire, périscolaire et extrascolaire des enfants. Les familles peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement de leurs données personnelles.

Déclare avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement et s'engage à les respecter.

J'atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction de la structure d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

*Données à compléter obligatoirement

Responsable N°1	Responsable N°2
Nom*- Prénom* :	Nom*- Prénom* :
Fait à :	Fait à :
Date :	Date :
Signature et mention « Lu et approuvé »*	Signature et mention « Lu et approuvé »*