

DOSSIER UNIQUE FAMILLE

pour l'accueil collectif d'enfants de moins de 6 ans et de mineurs de 6 ans et plus (ACEM)
dans les crèches, centres de loisirs et autres structures petite enfance, enfance et jeunesse
et pour la 1^{ère} inscription administrative à l'école maternelle ou élémentaire

Dernière édition : 07 Février 2014

Ce dossier permet de recueillir les renseignements administratifs et sanitaires obligatoires et importants pour l'accueil des enfants.
2 feuilles recto verso concernant les parents + 1 feuille recto verso par enfant sont à compléter soigneusement par toutes informations jugées nécessaires et utiles (se référer à la notice explicative). Ce document devient alors confidentiel et est à remettre en mairie (bureau scolaire-jeunesse) ou au responsable de la structure d'accueil ou du séjour (possibilité de le transmettre sous enveloppe cachetée).

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

(* champs à compléter obligatoirement)

1) REPRESENTANTS LEGAUX DES ENFANTS

i. Les parents

	MERE	PERE
NOM (d'usage) * :		
NOM de naissance si différent * :		
Prénoms* :		
Date de naissance :		
Autorité parentale * :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Adresse * :		
Code postal – Commune * :		
E-mail privé :		
Téléphone fixe domicile * :		
Tél. portable personnel :		
E-mail professionnel :		
Téléphone fixe travail :		
Tél. portable professionnel :		
Profession * :		
Lieu de travail (établissement ou secteur d'activité + ville) :		
Nom et adresse de l'employeur :		

ii. Autres personnes physiques ou morales (tuteur, tutrice,...)

Organisme :		
NOM :		
Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Code postal – Commune :		
E-mail privé :		
Téléphone fixe domicile :		
Tél. portable personnel :		
E-mail professionnel :		
Téléphone fixe travail :		
Tél. portable professionnel :		
Profession :		

2) SITUATION(S) ET STRUCTURE(S) FAMILIALE(S) DES ENFANTS

i. Composition de la famille (pour la résidence principale des enfants)

Préciser si :	Mère + Père	Mère + Beau-père	Père + Belle-mère	Mère seule	Père seul	Autre :
---------------	-------------	------------------	-------------------	------------	-----------	---------

Nombre d'enfants * : [] dont [] à charge

Indiquer le nom, le prénom, la date de naissance et l'établissement fréquenté pour chaque membre de la fratrie à charge * :

.....

.....

.....

ii. Composition éventuelle de l'autre famille (préciser si résidence alternée ou secondaire après divorce ou séparation)

Préciser si :	Mère + Beau-père	Père + Belle-mère	Mère seule	Père seul	Autre :
---------------	------------------	-------------------	------------	-----------	---------

Indiquer le nom, le prénom, la date de naissance et l'établissement fréquenté pour chaque membre de la fratrie à charge * :

3) AUTRES PERSONNES POUVANT ÊTRE APPELÉES EN CAS D'URGENCE ET/OU HABILITÉES À PRENDRE LES ENFANTS À LA SORTIE DE LA STRUCTURE

Une annexe peut être jointe si plus de deux personnes sont à mentionner

En cas d'accident ou de problème médical, le responsable s'efforcera de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

A préciser	<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> J'autorise
	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas
	<input type="checkbox"/> à prendre mon/mes enfant(s) à la sortie	<input type="checkbox"/> à prendre mon/mes enfant(s) à la sortie
	<input type="checkbox"/> à être appelé en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> à être appelé en cas d'urgence
Lien avec mon/mes enfant(s) :		
Date de naissance (si mineur) :		
NOM :		
Prénom :		
Adresse :		
Code postal – Commune :		
E-mail :		
Téléphone fixe domicile :		
Tél. portable personnel :		
Téléphone travail :		
Tél. portable prof. :		
Profession :		

4) INSCRIPTION AUX TEMPS D'ACCUEILS

J'envisage d'inscrire mon/mes enfant(s) aux activités, services et temps d'accueil péri et/ou extrascolaires suivants * :

Matin (de 07h30 à 08h30)	Oui <input type="checkbox"/> Régul/Ponct.* Non <input type="checkbox"/>	Midi avec restauration	Oui <input type="checkbox"/> Régul/Ponct.* Non <input type="checkbox"/>	Ateliers ** :	Oui <input type="checkbox"/> Régul/Ponct.* Non <input type="checkbox"/>
Soir (de 16h30 à 18h30)	Oui <input type="checkbox"/> Régul/Ponct.* Non <input type="checkbox"/>	Mercredi après-midi :	Oui <input type="checkbox"/> Régul/Ponct.* Non <input type="checkbox"/>	Vacances scolaires :	Oui <input type="checkbox"/> Régul/Ponct.* Non <input type="checkbox"/>

(*) Préciser si régulièrement ou ponctuellement

(**) Ateliers : Temps d'activités éducatives organisé de 15h20 à 16h30 (créé par la réforme des rythmes scolaires)

5) REGLEMENT INTERIEUR

Afin de permettre de mener à bien la mission de service public de chaque établissement, toute inscription est soumise à l'acceptation des règles qui en régissent le fonctionnement par les enfants et leurs parents (ou leur responsable légal). Le règlement intérieur tient compte de la législation qui fixe les droits et devoirs des enfants et des mineurs ainsi que du projet éducatif de chaque établissement.

6) AUTORISATION DE SORTIE DES CENTRES DE LOISIRS

J'autorise mon/mes enfant(s)

Je n'autorise pas mon/mes enfant(s)

à quitter seul(s) la structure après les activités.

Préciser le nom, le prénom et l'âge de chaque enfant autorisé et/ou non autorisé

Attention ! Votre choix doit dépendre en particulier de la distance qu'il devra parcourir, de la dangerosité éventuelle du parcours emprunté entre le domicile et l'établissement, de l'acquisition des comportements et des règles de sécurité routière, de la préparation et surtout de la **maturité** de chaque enfant. Avant 8-10 ans, son **champ de vision latéral** est encore restreint, il a des difficultés à identifier correctement la **provenance des bruits**, il évalue approximativement le **temps et les distances**,...

Toute sortie de l'établissement pendant les activités programmées (en principe de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00) devra faire l'objet d'une demande de dérogation.

Le règlement intérieur de l'établissement peut prévoir la possibilité pour les jeunes de se rendre ou de revenir individuellement des sites sur lesquels se déroulent les activités régulières. Le trajet entre le domicile et le lieu de l'activité est alors assimilé au trajet habituel entre le domicile et l'établissement.

J'autorise mon/mes enfant(s)

Je n'autorise pas mon/mes enfant(s)

à se rendre et repartir seul(s) des lieux d'activités.

Préciser le nom, le prénom et l'âge de chaque enfant autorisé et/ou non autorisé

NB. Il est stipulé dans le règlement intérieur que les enfants ont l'obligation d'adopter un comportement correct dans l'enceinte des structures d'accueils. Le cas échéant, les services peuvent procéder à l'exclusion provisoire ou définitive de l'enfant. Les parents doivent veiller également à fournir les tenues et tout équipement adaptés aux activités (maillot de bain, vêtements de pluie,...). Il est fortement conseillé de marquer ces derniers aux nom et prénom de l'enfant.

7) AUTORISATION CONCERNANT LES MODES DE DEPLACEMENT DES ENFANTS

De nombreuses activités sont organisées hors de l'établissement, régulièrement à Val-de-Reuil ou à l'extérieur (gymnase, piscine, bibliothèque, musées,...) ou occasionnellement lors des séjours avec ou sans nuitée. Ces sorties encadrées nécessitent ainsi de prévoir des déplacements par différents moyens (transports collectifs, à pied,...).

J'autorise **Je n'autorise pas** mon/mes enfant(s) à participer aux déplacements organisés par la ville de Val-de-Reuil lors des sorties sur les lieux d'activités.

Préciser le nom et le prénom de chaque enfant autorisé

8) ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ET INDIVIDUELLE ACCIDENT

Nom de la compagnie :

9) ASSURANCE SANTE - MALADIE

Nom du centre de sécurité sociale :

Nom de la mutuelle ou complémentaire santé :

Bénéficiez-vous de la couverture maladie universelle (CMU) ? Oui Non

10) INFORMATIONS EN CAS D'URGENCE MEDICALE ET AUTORISATION DE SOINS

Après avoir appelé les secours médicaux au « 15 » du SAMU :

- si l'état de santé de l'enfant ne nécessite pas de transfert vers une structure hospitalière, le responsable suivra les prescriptions du médecin régulateur
- un enfant accidenté ou malade pourra être orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre de soins le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par la structure. Le médecin demandera systématiquement à la famille d'un mineur une autorisation de soins. L'enfant ne pourra sortir du centre de soins qu'avec sa famille.

11) REGIME ALLOCATAIRE : CAF, MSA, AUTRE

	Caisse *	Régime *	N° d'allocataire *
Caisses du régime général	Caisse d'allocations familiales (Caf)	Général / fonctionnaire / maritime	
Caisses de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)		Agricole	
Autres			

Préciser obligatoirement la caisse, le régime et le n° d'allocataire

12) DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre des activités (ateliers, sorties, fêtes des structures,...) des établissements ou de la promotion des actions municipales, des images (photos ou vidéos) peuvent être enregistrées puis publiées ou diffusées sur différents supports (papier ou numérique – dans la presse, dans le magazine et sur le site Internet de la ville,...). Celles-ci sont utilisées à des fins pédagogiques ou à des fins exclusives d'illustration et ne donnent lieu à aucune exploitation commerciale. Les responsables veillent à ce que leur utilisation ne porte pas atteinte à la dignité humaine. Le nom de famille de l'enfant ne peut être utilisé dans le but d'assurer le respect de sa vie privée. Les parents peuvent à tout moment exercer leur droit de rétractation en le demandant par écrit à la mairie de Val-de-Reuil.

J'autorise **Je n'autorise pas** les services de la Ville de Val-de-Reuil à enregistrer et à utiliser des images (quelle que soit la nature du support de publication ou de diffusion des photographies ou films) où mon/mes enfant(s) apparaissent afin d'illustrer diverses publications et diffusions municipales de recherche, d'information et de communication :

- relatives aux projets et aux actions internes de l'établissement
- relatives aux opérations de promotion de la ville de Val-de-Reuil

Préciser le nom, le prénom et la date de naissance de chaque enfant pour lequel l'autorisation du droit à l'image est donnée

.....

.....

13) DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION AUX DONNEES CONCERNANT LES INDIVIDUS

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée (article 34 et suivants), vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, contactez la mairie de Val-de-Reuil.

Je, soussigné(e), Mme [REDACTED] / M. [REDACTED], responsable légal, m'engage à :

- transmettre toute modification des renseignements (changement d'adresse, de numéro de téléphone,... pendant l'accueil) en certifiant sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans le dossier unique famille et sur chaque fiche sanitaire individuelle
- régler toutes les factures liées à l'accueil de mon/mes enfant(s)
- signaler les éventuelles difficultés de santé, dans l'intérêt de mon/mes enfant(s)
- autoriser le responsable de la structure d'accueil ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon/mes enfant(s) concernant un traitement médical, un appel des secours, un suivi des prescriptions du médecin régulateur, un transfert pour hospitalisation et intervention chirurgicale,...
- régler tous les frais qui en résulteraient en demandant que les factures soient établies et adressées à Mme/M. : [REDACTED]
- souscrire pour mon/mes enfant(s) une assurance couvrant leur responsabilité civile et individuelle accident sur les temps d'accueil (périscolaire, extrascolaire,...)

durant la période du [REDACTED] au [REDACTED]

Enfant(s) concerné(s) :

.....

.....

Observations :

.....

.....

La mère
Date : le
Signature :

Le père
Date : le
Signature :

Autre responsable légal
Qualité :
Date : le
Signature :

Fiche sanitaire individuelle

DOSSIER UNIQUE FAMILLE



Photo

Cette fiche, mentionnant certaines informations sur la santé du mineur, doit être datée et signée, par la personne qui exerce l'autorité parentale. Elle est à remettre au guichet famille en mairie ou au responsable de la structure d'accueil (ou du séjour). Il est possible de la transmettre sous enveloppe cachetée. NB. : Penser à informer les responsables de tout changement, même provisoire (adresse, n° de téléphone,...).

Cadre réservé à l'administration
(ne rien inscrire)

Dernière mise à jour : le
N° Ville de Val-de-Reuil :

ETAT CIVIL DE L'ENFANT

Rang de l'enfant inscrit : 1^{er} [], 2ème [], 3ème [], 4ème [], 5ème [],...

NOM DU MINEUR * :		PRENOMS * :	
DATE DE NAISSANCE * :	le	LIEU DE NAISSANCE :	à
SEXE * :	Garçon Fille	NATIONALITE :	
ADRESSE * :			
CODE POSTAL * :		COMMUNE * :	

Année scolaire * :		Classe * :	
Etablissement fréquenté * :	Nom	Ville	Téléphone
Ecole maternelle/élémentaire* :			
Centre de loisirs :			

SUIVI SANITAIRE DU MINEUR

1) VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES *		DATES DERNIERS RAPPELS *
DT Polio (Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

VACCINS RECOMMANDES		DATES
BCG	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
R.O.R. (Rubéole - Oreillons - Rougeole)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Hépatite B	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Coqueluche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Méningite C	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Pneumocoque	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres (préciser) :		

SIL'ENFANT N'A PAS ETE VACCINE, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2) L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole	Oreillons	Rougeole	Coqueluche	Scarlatine	
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"/>	
Varicelle	Angine	Otite	Rhumatisme articulaire aigu		
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"/>		

3) TRAITEMENT MEDICAL

L'enfant suit-il un traitement médical susceptible d'avoir des répercussions sur le temps de l'accueil ? Oui Non

Doit-il suivre un traitement médicamenteux pendant l'accueil ? Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement une ordonnance en cours de validité et contacter le responsable – Pour pouvoir être administrés à l'enfant, les médicaments correspondants devront être marqués à son nom et prénom avec la notice dans leur emballage d'origine.

4) ALLERGIES, ASTHME, DIABETE ET AUTRES MALADIES OU PROBLEMES DE SANTE

ALLERGIES (ALIMENTAIRES, MEDICAMENTEUSES, ANIMAUX, PLANTES, POLLEN,...) - ASTHME – DIABETE - CRISES CONVULSIVES - TROUBLES DU SOMMEIL - ENURESIE NOCTURNE - ...

Préciser les causes, les signes évocateurs, les précautions à prendre et la conduite spécifique à tenir

Signaler une éventuelle automédication, fournir un certificat médical de l'allergologue et contacter le responsable de la structure d'accueil

5) AUTRES DIFFICULTES DE SANTE (ACCIDENT – HOSPITALISATION – OPERATION – REEDUCATION - ...)

Préciser les dates et les précautions à prendre

Si l'enfant rencontre une difficulté particulière (troubles de santé, comportement, handicap,...), les services municipaux (jeunesse : 02.32.09.36.74 – scolaire : 02.32.09.51.54 / scolairejeunesse@valdereuil.fr - petite enfance : 02.32.59.29.96 / crechepivollet@valdereuil.fr) se tiennent à votre disposition pour vous proposer un rendez-vous.

6) AMENAGEMENTS ET MODALITES PARTICULIERES

Un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** a-t-il été signé ? Oui Non

Si oui, le joindre impérativement à cette fiche de liaison et préciser la date de signature :

7) EQUIPEMENTS INDIVIDUELS

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des appareils auditifs, des prothèses dentaires,... ?

Préciser les précautions à prendre (en particulier lors des activités sportives)

8) AUTRES RECOMMANDATIONS ET INFORMATIONS UTILES (SOINS URGENTS, SOMMEIL, HYGIENE, ALIMENTATION,...)

Poids :	kg	Taille :	m
Groupe sanguin :	A / B / AB / O	Rhésus :	Positif / Négatif

A la date du :

Régime spécifique :

RESPONSABLES DE L'ENFANT A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

	RESPONSABLE LEGAL	AUTRE RESPONSABLE
A préciser :	MERE/PERE/TUTEUR	
NOM (d'usage) * :		
NOM de naissance si différent * :		
Prénoms * :		
Adresse * (PENDANT L'ACCUEIL OU LE SÉJOUR) :		
Numéros de téléphones * :		

Je soussigné, _____
responsable légal de l'enfant, certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et dans le dossier unique famille remis au responsable de l'établissement.

J'autorise le responsable de l'établissement ou du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : le

Signature :