

## 5) AUTORISATIONS

**5a) Autorisation de sortie :** le(s) représentant(s) légal(aux) de l'enfant déclare(nt) l'autoriser à participer à toutes les sorties organisées par les structures municipales (une information préalable sera effectuée) et à toutes les activités proposées par les équipes d'animation, à l'exception de celles portées ci-dessus sur la fiche sanitaire de liaison.

**5b) Autorisation de photographier et de filmer l'enfant :** le(s) représentant(s) légal(aux) de l'enfant

autorise(nt) /  n'autorise(nt) pas

les personnels municipaux à photographier ou filmer l'enfant à des fins de bilan, de promotion de l'action menée en faveur des enfants sur la commune (site Internet de la ville, publications municipales, exposition, manifestation publique) ou à usage privé à destination des familles.

**5c) Autorisation d'hospitaliser :** Je soussigné(e), représentant légal du mineur responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la Mairie de Rouvroy à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## 6) SIGNATURES :

La signature de ce document vaut acceptation des règlements en vigueur dans les structures municipales et remis lors du dépôt du dossier.

Elle certifie également l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

Les signataires attestent que l'enfant bénéficie d'une garantie responsabilité civile couvrant les dommages causés à un tiers.

Les signataires s'engagent également à mettre à jour les informations dès que nécessaire.

**Signature des représentants légaux :**

*(en cas de séparation avec autorité parentale conjointe, la signature d'un des deux parents suffit).*

Date :

**Pour les inscriptions à la Maison des Jeunes et de la Communication (MJC) et au Centre Animation Jeunesse (CAJ), signature du mineur :**

Date :

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le personnel du Service Municipal de la Jeunesse pour assurer l'accueil des enfants.*

*Elles sont conservées pendant trois ans et ne sont destinées qu'aux services municipaux en charge de l'accueil de mineurs (cantine, centre périscolaire et de loisirs, Maison des Jeunes, Centre Animation Jeunesse, séjours de vacances).*

*Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le Service Municipal de la Jeunesse de la Mairie de Rouvroy (03 21 74 82 47).*

## 7) PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION

Dossier reçu le ..... par .....

**Pièces fournies :**

Photocopie des pages « vaccination » du carnet de santé

Justificatif de domicile

Attestation ATL CAF

Attestation du Conseil Départemental (famille d'accueil)

Dossier saisi par .....

Dossier numérisé par .....

Dossier contrôlé par .....



**MAIRIE DE ROUVROY**  
**DOSSIER « ENFANT » - ANNEE SCOLAIRE 2018/2019**  
**CANTINE / CENTRE DE LOISIRS / PERISCOLAIRE**  
**SEJOURS DE VACANCES / PERI-CENTRE / MJC / CAJ**

**PIECES A FOURNIR : LES PHOTOCOPIES DES PAGES « VACCINATIONS » DU CARNET DE SANTE DU MINEUR, UN JUSTIFICATIF DE DOMICILE ET L'ATTESTATION « AIDE AU TEMPS LIBRE » DE LA CAF DU PAS-DE-CALAIS POUR LES FAMILLES QUI EN BENEFICIENT.**

**1) L'ENFANT / LE JEUNE :**

Nom : ..... Prénom : .....

fille  garçon Né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**Etablissement scolaire fréquenté en 2018 - 2019 :**

Ecole maternelle, école élémentaire

Ecole maternelle D. Casanova

Ecole maternelle E. Triolet

Ecole primaire R. Briquet

Ecole primaire Ferry-Brossolette

Ecole primaire Vaillant-Couturier

Autre école (nom et ville) ↓  
.....

Petite section

Moyenne section

Grande section

CP

CE1

CE2

CM1

CM2

ULIS

Collège, lycée

Collège Paul Langevin Rouvroy

Autre collège (nom et ville)

↓  
.....

.....

Lycée/Université (nom et ville)

↓  
.....

6<sup>ème</sup>

5<sup>ème</sup>

4<sup>ème</sup>

3<sup>ème</sup>

Seconde

Première

Terminale

Prépa

DUT

LMD

**N° allocataire CAF ou MSA :** ..... « Aide aux Temps Libre » 2018 : ..... / 2019 : .....

**2) LES PARENTS (ou représentants légaux, le cas échéant) :**

**La mère :** Nom et prénom : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Employeur : .....

Domicile : .... / .... / .... / .... / .... - Portable : .... / .... / .... / .... / .... - Travail : .... / .... / .... / .... / ....

Messagerie électronique : .....@.....

**Le père :** Nom et prénom : .....

Adresse (si différente de l'enfant) : .....

Employeur : .....

Domicile : .... / .... / .... / .... / .... - Portable : .... / .... / .... / .... / .... - Travail : .... / .... / .... / .... / ....

Messagerie électronique : .....@.....

**Etes-vous divorcés ou séparés ?**

oui  non

Si oui, l'autorité parentale est-elle conjointe ?  oui  non

Quelle est la résidence principale de l'enfant ?  Domicile de la mère  Domicile du père  
(cocher les deux cases en cas de garde alternée)

**En cas de placement familial, famille d'accueil (fournir une attestation du Conseil Départemental) :**

**Assistante familiale** Nom et prénom de l'assistante familiale : .....

Adresse : .....

.....

Portable : .... / .... / .... / .... / .... - Domicile : .... / .... / .... / .... / ....

### 3) PERSONNES HABILITEES :

En plus des parents, quelles sont les personnes habilitées à venir chercher l'enfant ?

1 - Prénom NOM	2 - Prénom NOM	3 - Prénom NOM
NOM :	NOM :	NOM :
① :	① :	① :
Qualité : (beau-parent, grand-mère, voisin...)	Qualité : (beau-parent, grand-mère, voisin...)	Qualité : (beau-parent, grand-mère, voisin...)

4 - Prénom NOM	5 - Prénom NOM	6 - Prénom NOM
NOM :	NOM :	NOM :
① :	① :	① :
Qualité : (beau-parent, grand-mère, voisin...)	Qualité : (beau-parent, grand-mère, voisin...)	Qualité : (beau-parent, grand-mère, voisin...)

### 4) FICHE SANITAIRE DE LIAISON (à partir du Cerfa n° 10008\*02 / conforme au Code de l'Action Sociale et des Familles)

#### 4a) Traitement médical :

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

#### 4b) Antécédents médicaux :

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**4c) Allergies (apporter les précisions dans la partie 4e ci-dessous) :**

ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :	MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :
ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :	AUTRES : ..... Précisez :

**4d) Indiquez ci-après les difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre, notamment en cas d'allergie :**

**4e) Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) :**

		VACCINS OBLIGATOIRES		<i>oui</i>	<i>non</i>	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS		DATES
1	}	Diphtérie					Hépatite B		
		Tétanos					Rubéole-Oreillons-Rougeole		
		Poliomyélite					Coqueluche		
ou 1		ou DT polio					Autres (préciser)		
ou 1		ou Tétracoq							

**4f) Recommandations utiles des parents : votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, autre ? Précisez :**

**4g) médecin traitant :**

Nom du médecin traitant/de famille .....

Adresse du médecin traitant/de famille : .....

Numéro de téléphone du médecin traitant/de famille : .... / .... / .... / .... / ....

**EN CAS D'ALLERGIES A FORT RISQUE, DE MALADIE CHRONIQUE OU DE HANDICAP, VOUS DEVEZ ETABLIR UN PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISE. MERCI DE VOUS RAPPROCHER DE LA MAIRIE.**