

CONTACTS FAMILLE

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame _____, agissant en qualité de _____, autorise les personnes notées ci-dessous à venir chercher _____, à la fin des activités et à être prévenues en cas d'urgence (si les parents sont injoignables).

Nom / Prénom	Âge si mineur	Coordonnées téléphoniques	
		☎ : _____	☎ : _____
		☎ : _____	☎ : _____
		☎ : _____	☎ : _____
		☎ : _____	☎ : _____
		☎ : _____	☎ : _____
		☎ : _____	☎ : _____
		☎ : _____	☎ : _____

Je soussigné(e), _____

- ◆ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- ◆ Certifie que mon enfant est apte à la vie en collectivité et à la pratique du sport.
Précisez si l'enfant a une interdiction sportive spécifique :
.....
.....
- ◆ Déclare avoir lu et approuvé les règlements intérieurs des activités péri et extrascolaire et de l'EMSB.
- ◆ M'engage à informer la Ville de Brignoles de tous les changements qui interviendraient au cours de l'année, relatifs aux renseignements fournis.
- ◆ Accepte l'utilisation de mes données dans le respect de la réglementation sur la protection des données personnelles et conformément au règlement intérieur.

Fait le/...../.....

Nom : Prénom :

Signature
.....
.....



1^{ère} étape : Vérifier, corriger et compléter, **en majuscule et en rouge**, l'ensemble de ce dossier. Dater et signer.

Le dossier est à renvoyer au service Accueil Familles par la boîte d'échange du Portail Familles ou par envoi postal à : Hôtel de Ville - Service Accueil Familles - BP 307 - 83177 Brignoles cedex ou au service Accueil Familles à la Maison des Services Publics.

Après réception par nos services, vous recevrez un mail de confirmation.

2^{ème} étape : Connectez-vous via le portail Familles : **familles.brignoles.fr** pour remplir l'agenda de votre enfant afin de finaliser son inscription.

Cadre réservé à l'administration	
École :	
Nom et prénom de l'élève :	
Responsable du dossier :	Numéro de dossier :

RESPONSABLES	
En cas de séparation ou de divorce fournir une attestation signée des parents mentionnant le domicile ou la garde de l'enfant et en cas de jugement relatif à l'autorité parentale, fournir le document légal	
Responsable 1	Responsable 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Date et lieu de naissance : le à	Date et lieu de naissance : le à
Adresse :	Adresse :
D Domicile :	D Domicile :
M Mobile :	M Mobile :
T Travail :	T Travail :
E Mail :	E Mail :
Situation familiale du responsable 1 :	Situation familiale du responsable 2 :

Famille recomposée : si les parents sont séparés : beau-père ou belle-mère de l'enfant vivant avec lui	
<input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre	
Nom et prénom :	
Date de naissance :	Lieu de naissance :
Adresse : identique au <input type="checkbox"/> Responsable 1 <input type="checkbox"/> Responsable 2	
D Domicile :	M Mobile :
T Travail :	E Mail :
Situation familiale actuelle de la famille recomposée	

AUTRES RENSEIGNEMENTS	
ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES AU CALCUL DES PRESTATIONS PAYANTES (La non production des pièces justificatives relatives au calcul du quotient familial entrainera l'application du tarif maximal)	
CAF : <input type="checkbox"/>	Numéro d'allocataire :
	Nom de l'allocataire :
<input type="checkbox"/> En indiquant mon numéro d'allocataire, j'accepte la récupération des informations sur mon compte partenaire CAF (CDAP)	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas donner mon numéro d'allocataire et je m'engage à fournir une copie de mon attestation de quotient familial*
MSA : <input type="checkbox"/> Merci de fournir mon dernier avis d'imposition	
AUTRES : <input type="checkbox"/> Merci de fournir mon dernier avis d'imposition et de préciser la caisse où vous êtes affilié :	
ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE :	
N Numéro de police :	N Nom de la compagnie d'assurance :
FACTURES Les factures sont envoyées par mail et sont accessibles sur le Portail Familles. En cas de refus cochez ici : <input type="checkbox"/>	

PRÉLÈVEMENT				
<input type="checkbox"/> J'ai un prélèvement en cours et souhaite qu'il reste en place sur l'année scolaire.				
<input type="checkbox"/> Je souhaite mettre en place pour la 1 ^{ère} fois un prélèvement (merci de joindre au dossier un RIB).				
<input type="checkbox"/> Je souhaite stopper mon prélèvement.				
<input type="checkbox"/> Je suis déjà prélevé et souhaite mettre en place un nouveau prélèvement (merci de joindre au dossier un nouveau RIB).				
ENFANT				
Nom / Prénom	Genre	Date et lieu de naissance	Date des vaccins obligatoires (DTP)	Poids
.....
PATHOLOGIES (à remplir obligatoirement)				
1 - Enfant reconnu en situation de handicap (reconnu par la MDPH)			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Quel type de handicap ? :				
Si oui, l'enfant bénéficie-t-il d'une allocation « Éducation enfant handicapé »			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
2 - Allergie ou intolérance alimentaire			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, laquelle ?				
3 - Régime alimentaire médical (ex : diabète, régime sans sel...)			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, lequel ?				
4 - Pathologie nécessitant un traitement médical (ex : asthme, etc...)			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, laquelle ?				
5 - Allergie médicamenteuse			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Si oui, laquelle ?				
Si vous avez répondu oui à une des pathologies, le dossier d'inscription sera validé à réception de l'ensemble des éléments.(PAI,certificat médical pour une allergie médicamenteuse, trousse d'urgence....)				
AUTORISATIONS DIVERSES				
Droit à l'image		Autorisations de sorties		
Autorise : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		Pour les enfants inscrits en classe élémentaire, l'enfant peut arriver et partir seul avec l'autorisation des parents :		
la prise et diffusion de photographies de mon enfant à l'occasion du passage de la presse locale, de l'élaboration de panneau photos, etc...		Autorise : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
		mon enfant à venir seul et à rentrer seul		
		<i>(l'heure de sortie sera à définir avec le responsable du périscolaire de l'école).</i>		