

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 le règlement intérieur de L'Endroit Jeunes.
- ◆ 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



Merci de compléter l'ensemble de ce dossier en **majuscule**

Dater et signer

Retourner le document :

- par la boîte d'échange du Portail Familles ou à accueilfamilles@brignoles.fr

- par envoi postal à : Hôtel de ville - Service Accueil Familles - BP 307 - 83177 Brignoles cedex

- au service Accueil Familles à la Maison des Services Publics.

Cadre réservé à l'administration

Nom et prénom de l'enfant :

Responsable du dossier :

Numéro du dossier :



f | @ VILLE2BRIGNOLES
BRIGNOLES.FR
#BRIGNOLESACCELERE

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 :
☎ Domicile :	☎ Domicile :
📱 Mobile :	📱 Mobile :
☎ Travail :	☎ Travail :
✉ Mail :	✉ 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 : Responsable 1 <input type="checkbox"/> Responsable 2 <input type="checkbox"/>	
☎ Domicile :	📱 Mobile :
☎ Travail :	✉ 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 :		
Numéro de police :	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

- J'ai un prélèvement en cours et souhaite qu'il reste en place .
- Je souhaite mettre en place pour la 1^{ère} fois un prélèvement (merci de joindre au dossier un RIB).
- Je souhaite stopper mon prélèvement.
- Je suis déjà prélevé et souhaite mettre en place un nouveau prélèvement (merci de joindre au dossier un nouveau RIB).

ENFANT

Nom / Prénom	Genre	Niveau scolaire en 2023/2024	Date et lieu de naissance	Date des vaccins obligatoires (DTP)	Poids
.....

Mon enfant sait-il nager ? OUI NON

Si oui, joindre au dossier l'attestation de Test aquatique (sans ce document le jeune sera considéré comme non nageur) .

PATHOLOGIES (à remplir obligatoirement)

1 - Enfant reconnu en situation de handicap (reconnu par la MDPH) OUI NON

Quel type d'handicap ? :

Si oui, l'enfant bénéficie-t-il d'une allocation « Éducation enfant handicapé » OUI NON

2 - Allergie ou intolérance alimentaire OUI NON

Si oui, laquelle ?

3 - Régime alimentaire médical (ex : diabète, régime sans sel...) OUI NON

Si oui, lequel ?

4 - Pathologie nécessitant un traitement médical (ex : asthme, etc...) OUI NON

Si oui, laquelle ?

5 - Allergie médicamenteuse OUI NON

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'urgences....)

AUTORISATIONS DIVERSES

Droit à l'image

Autorise : OUI NON

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...

Autorisations de sorties

Autorise : OUI NON

mon enfant à venir seul et à rentrer seul

(l'heure de sortie sera à définir avec le responsable l'Endroit Jeunes).