

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	
		 :	 :
		 :	 :
		 :	 :
		 :	 :
		 :	 :

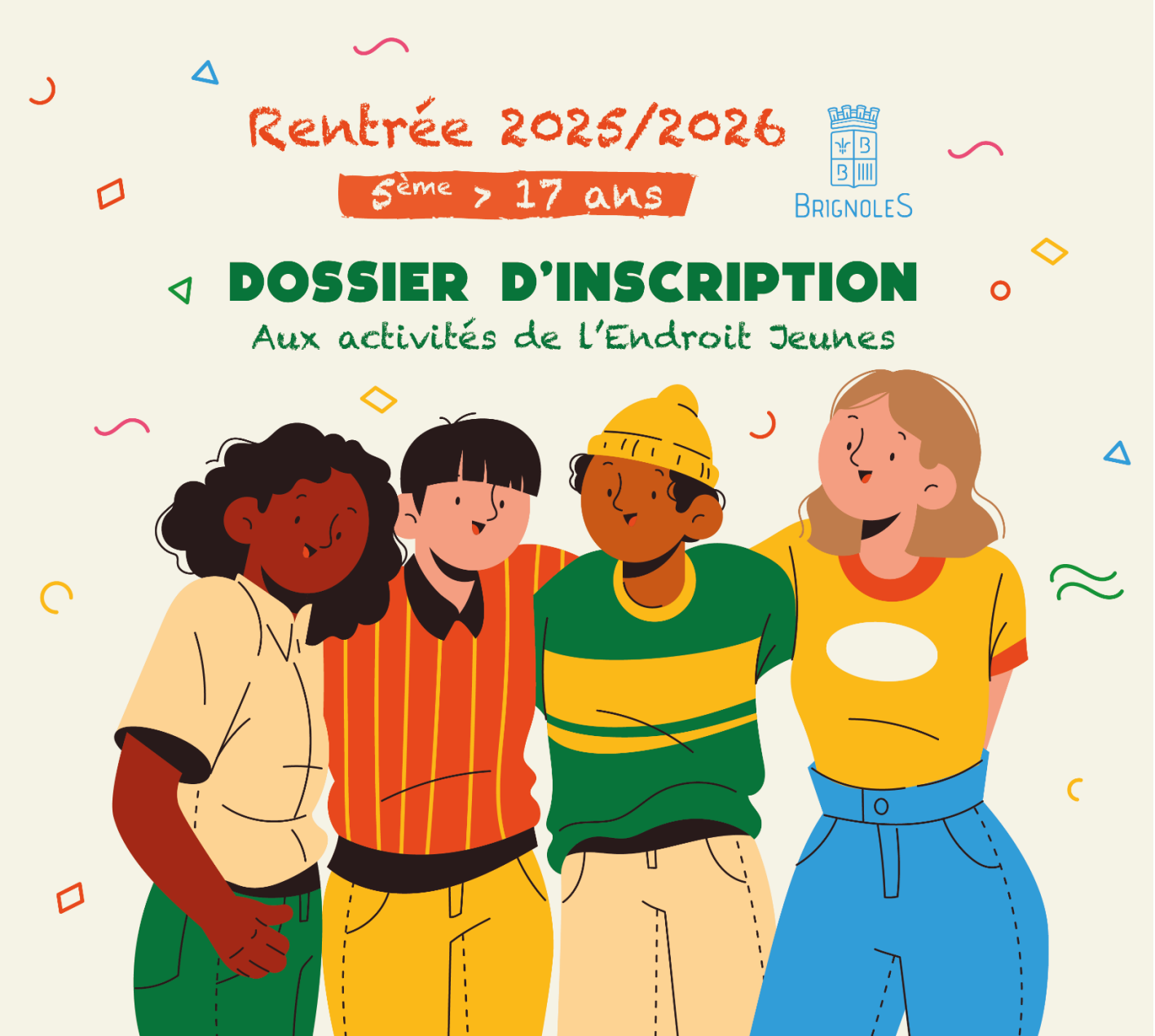
Je soussigné(e), _____

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

Cadre réservé à l'administration			
CAF : OUI ☐ NON ☐	Droit à l'image OUI ☐ NON ☐	RIB OUI ☐ NON ☐	Mail : ☐
Assurance scolaire : ☐	Autorisation de sortie : OUI ☐ NON ☐	PAI : OUI ☐ NON ☐	
Vaccins : ☐	Cotisation ados : ☐	Nom et prénom de l'élève :	
Responsable du dossier :		Numéro de dossier :	



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
☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre	☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ 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

☐ Beau-Père ☐ Belle-Mère ☐ Tuteur ☐ Autre

Nom et prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse : identique au : Responsable 1 ☐ Responsable 2 ☐

☎ 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 : ☐ Numéro d'allocataire :

Nom de l'allocataire :

☐ En indiquant mon numéro d'allocataire, j'accepte la récupération des informations sur mon compte partenaire CAF (CDAP)

☐ Je ne souhaite pas donner mon numéro d'allocataire et je m'engage à fournir une copie de mon attestation de quotient familial*

MSA : ☐ Merci de fournir mon dernier avis d'imposition

AUTRES : ☐ 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.
Toutefois, les familles peuvent demander l'envoi des factures par courrier en s'acquittant des frais postaux à hauteur d'un forfait annuel de 30 € pour l'année scolaire. Ce forfait doit être acquitté au moment de la demande et ne sera pas proratisé selon la période.

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

<u>Droit à l'image</u> 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...	<u>Autorisations de sorties</u> 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).
--	---