

**DOSSIER DE RE-ACTUALISATION ENFANCE
POUR LES ACTIVITES SCOLAIRES, PERI ET EXTRASCOLAIRES**

**A COMPLETER ET A DEPOSER, ACCOMPAGNÉ DES PIECES JUSTIFICATIVES,
DANS LA BOITE AUX LETTRES DE LA MAIRIE ANNEXE
A PARTIR DU 21 MARS ET JUSQU'AU 7 AVRIL 2025 à 17H00 (VOIR NOTICE EXPLICATIVE)**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ENFANT CONCERNE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____ Appt. : _____

Bâtiment : _____

CP : _____ Ville : _____

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? Oui^(*) Non

Votre enfant est-il bénéficiaire d'une aide humaine individuelle ou mutualisée ? Oui^(*) Non

Souhaitez-vous mettre en place ou renouveler un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? Oui^(**) Non

CLASSE A LA RENTREE 2025 :
ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

REPRESENTANT LEGAL 1				REPRESENTANT LEGAL 2				
Qualité (père, mère, ...) :				Qualité (père, mère, ...) :				
Nom				Nom				
Prénom				Prénom				
Date de naissance :				Date de naissance :				
Adresse				Adresse				
Appt.	Bât.			Appt.	Bât.			
CP.	Ville			CP.	Ville			
Courriel				Courriel				
Tél. dom.				Tél. dom.				
Tél. port.				Tél. port.				
Tél. prof.				Tél. prof.				
Tél. empl.				Tél. empl.				
Situation familiale :		Marié(e)	Couple	Célibataire	Séparé(e)	Veuf (ve)	Divorcé(e)	Pacsé(e)
Garde légale de l'enfant :		Père	Mère	Garde alternée	Autres :			

(*) Joindre la notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

(**) En cochant PAI, je m'engage à réaliser ou à renouveler le PAI auprès du directeur d'école dès le mois de septembre.

AUTORITE PARENTALE**Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?****Oui** (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)**Non** (joindre **obligatoirement** la copie du justificatif correspondant: dernière décision de justice, livret de famille, etc...)Nom et adresse de **toute autre personne titulaire de l'autorité parentale** :**AUTORISATION DE SORTIE**

Je soussigné(e) _____ agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise

1- Les personnes suivantes (sur présentation d'une pièce d'identité) à venir chercher l'enfant

Attention ! S'il s'agit de mineur, uniquement à partir de 10 ans révolus.

Prénom/nom _____ Tél. _____

Prénom/nom _____ Tél. _____

Prénom/nom _____ Tél. _____

Prénom/nom _____ Tél. _____

2- L'enfant à quitter seul la structure aux horaires autorisés (uniquement s'il a plus de 6 ans)

ALAE semaine _____ Oui _____ Non _____ Heure de départ _____

ALSH _____ Oui _____ Non _____ Heure de départ _____

Accueil périscolaire Mercredi après-midi _____ Oui _____ Non _____ Heure de départ _____

AUTORISATION D'UTILISER LES ADRESSES ELECTRONIQUES

Oui

Non

Nous autorisons l'utilisation de nos courriels pour l'envoi d'informations relatives aux activités enfance jeunesse organisées par les services de la ville (autres que scolaires, péri et extra-scolaires).

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER/FILMER , CAPTER LA VOIX, DIFFUSER ET PUBLIER

Oui

Non

Nous autorisons la Mairie, LE&C Grand Sud et toute personne physique ou morale qu'ils mandateraient à photographier/filmer mon enfant, reproduire son image, capter sa voix, les diffuser et/ou les publier selon les conditions définies dans le Document Unique d'Inscription signé précédemment.

AUTORISATION CAF

Oui

Non

Nous autorisons la ville de Tournefeuille à recueillir les informations nous concernant auprès d'organismes (CAF, API Particulier, ...), afin de vérifier notre éligibilité aux tarifications différenciées établies par la ville et ainsi de simplifier nos démarches (ex : mise à jour du quotient familial).**RÉGIME DE SECURITE SOCIALE**

Nombre d'enfants à charge :

Allocataire CAF (régime général)

Régime spécial (MSA ou autre)

Sans régime

N° allocataire CAF :

FACTURATION - PAIEMENT**Prénom et nom du payeur :**

Souhaitez-vous le prélèvement automatique ?	Déjà mis en place	Oui ^(*)	Non
Dans le cadre d'une garde alternée, souhaitez-vous une facturation séparée ?		Oui ^(**)	Non

FACTURE

La facture 100% électronique est envoyée par courriel en début de chaque mois, lors de sa génération. Elle est également disponible sur le portail Familles, téléchargeable et imprimable 24h/24, 7j/7.

Nous soussignés :

- Représentant légal 1 (prénom, nom) :
- Représentant légal 2 (prénom, nom) :
- Si les parents n'exercent pas l'autorité parentale, nom et prénom du tuteur ou du représentant légal :

Agissant en qualité de représentant(e) légal(e) (ou de représentants légaux, si les deux parents exercent ensemble l'autorité parentale) de :

- Prénom et nom de l'enfant :

Attestons sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier de réactualisation.

Nous reconnaissons avoir lu et pris connaissance du règlement intérieur :

Règlement intérieur disponible sur le site de la ville à l'adresse

<https://www.mairie-tournefeuille.fr/mes-demarches/activites-scolaires-et-periscolaires/inscriptions-extra-periscolaires/>

Certifions avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves. Conformément aux articles 38 et suivants de la loi modifiée n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au Règlement Européen sur la Protection des Données, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Tournefeuille.

Fait à

Le

Signature

Responsable légal 1

Signature

Responsable légal 2

^(*) Joindre le mandat de prélèvement SEPA complété et un RIB

^(**) Fournir obligatoirement un calendrier de garde alternée

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (A COMPLETER EN CAS DE CHANGEMENTS DEPUIS LE DUI)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon

Fille

Vaccinations: (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)**Vaccins obligatoires**

Diphtérie	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Tétanos	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Polio	Oui	Non	Dates derniers rappels :

Vaccins recommandés

Hépatite B	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Coqueluche	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Rougeole Oreillons Rubéole	Oui	Non	Dates derniers rappels :
Autres (précisez)	Oui	Non	Dates derniers rappels :
	Oui	Non	Dates derniers rappels :

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**Attention ! En l'absence d'un protocole ou d'une ordonnance concernant des problèmes médicaux tels que allergie alimentaire, traitement de longue durée, asthme..., la responsabilité de l'Accueil de Loisirs ne saurait être engagée.**

En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant, sa participation aux activités de la structure pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).

L'administration d'un traitement médicamenteux est conditionnée à une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.

PROBLEMES DE SANTE

Asthme Allergies, précisez :

Autres, précisez :

Recommandations particulières (ex.: port de lunettes, antécédents médicaux, ...)

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant :

Je soussigné(e)

agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de santé de l'enfant.

Signature

Signature

Responsable légal 1

Responsable légal 2