

AUTORISATIONS PARENTALES

Autorisation de « publication » :

Conformément à la loi, article 9 du Code Civil sur le « droit à l'image et au son » et à l'article 121-2 du Code de la Propriété Intellectuelle,

j'autorise la prise de vue de mon(mes) enfant(s)

.....
Pour les publications de la ville (magazine municipal, affiches, plaquettes, guides, sites internet de la ville...) à titre gratuit.

Autorisation « intervention médicales et chirurgicales » :

J'autorise le personnel des structures à prodiguer les premiers soins, à faire soigner mon (mes) enfant(s) et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident, mon (mes) enfant(s) sera (seront) transporté(s) à l'hôpital par les services d'urgence. Les références de mon contrat d'assurance pourront être communiquées à des tiers en cas de sinistre occasionné par mon (mes) enfant(s).

Autorisation « départ seul d'un (de mes) enfant(s) à partir de 9 ans » :

Je soussigné(e) responsable de(s) l'enfant(s).....

autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer seul(s) à mon domicile et à quitter la structure après l'activité.

Autorisation « utilisation de vos coordonnées de téléphonie mobile et courriel » :

J'autorise l'utilisation de mes coordonnées de téléphone mobile pour me contacter et me communiquer des informations municipales.

J'autorise l'utilisation de mon courriel pour me contacter et me communiquer des informations municipales.

Autorisation du représentant légal de l'enfant et déclaration sur l'honneur :

Je soussigné(e) responsable de(s) l'enfant(s).....

.....
déclare prendre connaissance du règlement intérieur des services scolaires et périscolaires proposés par le service enfance et des éventuelles mises à jour diffusées sur le site internet de la ville, et m'engage à prendre toutes les dispositions pour les respecter.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés au dossier famille et des documents joints.

Je m'engage à signaler tout changement d'adresse ou de situation.

Jouy-le-Moutier, le Signature :

Si vous ne souhaitez pas donner l'une des autorisations ci-dessus, veuillez barrer le paragraphe.



DIRECTION DE L'ENFANCE

DOSSIER FAMILLE

Année scolaire : École :

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE AUX ACTIVITÉS

- Accueil du matin
 Restauration scolaire (hors mercredi) - *réservation obligatoire*
 Accueil du soir (maternelle) - *réservation obligatoire*
 Étude (élémentaire) - *réservation obligatoire*
 Accueil après étude
 Restauration mercredi - *réservation obligatoire*
 Restauration et accueil de loisirs mercredi - *réservation obligatoire*
 Accueil de loisirs vacances scolaires - *réservation obligatoire*

RESPONSABLE N°1 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

Situation familiale : célibataire vie maritale pacsé marié séparé divorcé veuf

Téléphone domicile : professionnel : portable :

Adresse :

Adresse e-mail :

N° allocations familiales : Date de naissance :

N° sécurité sociale : régime général régime spécial

Nom et n°assurance extrascolaire :

Nom et adresse de l'employeur :

RESPONSABLE N°2 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

Situation familiale : célibataire vie maritale pacsé marié séparé divorcé veuf

Téléphone domicile : professionnel : portable :

Adresse :

Adresse e-mail :

N° allocations familiales : Date de naissance :

N° sécurité sociale : régime général régime spécial

Nom et n°assurance extrascolaire :

Nom et adresse de l'employeur :

RESPONSABLE N°3 DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Lien de parenté avec l'enfant :

Situation familiale : célibataire vie maritale pacsé marié séparé divorcé veuf

Téléphone domicile : professionnel : portable :

Adresse :

Adresse e-mail :

N° allocations familiales : Date de naissance :

N° sécurité sociale : régime général régime spécial

Nom et n°assurance extrascolaire :

Nom et adresse de l'employeur :

NB : pour information, de manière générale, les deux parents exercent conjointement l'autorité parentale. En l'absence d'information contraire, chacun des deux parents a les mêmes droits notamment pour que l'enfant lui soit confié. Dans le cas contraire, joindre une copie du jugement.

ENFANT N°1

Nom : Prénom : Sexe : féminin masculin
Date et lieu de naissance : Pays :
École fréquentée : Classe :
Adresse (si différente de celle du responsable) :
Lien avec le responsable n°1 :

Personnes majeures, en dehors des représentants légaux, autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom et prénom	Lien de parenté ou autre	Téléphone
.....
.....
.....
.....

Santé :

Problème médical nécessitant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui non
Si oui, merci de contacter le service enfance qui vous remettra les documents à remplir au 01.34.41.65.04 ou enfance@jouylemoutier.fr
Votre enfant présente un handicap nécessitant un aménagement particulier et un accueil adapté : oui non
Si oui merci de préciser et de contacter le service :

Vaccins obligatoires (contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite...) :

Date du dernier rappel DTP :
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Coordonnées de votre médecin traitant (nom, adresse et téléphone) :

ENFANT N°2

Nom : Prénom : Sexe : féminin masculin
Date et lieu de naissance : Pays :
École fréquentée : Classe :
Adresse (si différente de celle du responsable) :
Lien avec le responsable n°1 :

Personnes majeures, en dehors des représentants légaux, autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom et prénom	Lien de parenté ou autre	Téléphone
.....
.....
.....
.....

Santé :

Problème médical nécessitant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui non
Si oui, merci de contacter le service enfance qui vous remettra les documents à remplir au 01.34.41.65.04 ou enfance@jouylemoutier.fr
Votre enfant présente un handicap nécessitant un aménagement particulier et un accueil adapté : oui non
Si oui merci de préciser et de contacter le service :

Vaccins obligatoires (contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite...) :

Date du dernier rappel DTP :
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Coordonnées de votre médecin traitant (nom, adresse et téléphone) :

ENFANT N°3

Nom : Prénom : Sexe : féminin masculin
Date et lieu de naissance : Pays :
École fréquentée : Classe :
Adresse (si différente de celle du responsable) :
Lien avec le responsable n°1 :

Personnes majeures, en dehors des représentants légaux, autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom et prénom	Lien de parenté ou autre	Téléphone
.....
.....
.....
.....

Santé :

Problème médical nécessitant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui non
Si oui, merci de contacter le service enfance qui vous remettra les documents à remplir au 01.34.41.65.04 ou enfance@jouylemoutier.fr
Votre enfant présente un handicap nécessitant un aménagement particulier et un accueil adapté : oui non
Si oui merci de préciser et de contacter le service :

Vaccins obligatoires (contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite...) :

Date du dernier rappel DTP :
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Coordonnées de votre médecin traitant (nom, adresse et téléphone) :

ENFANT N°4

Nom : Prénom : Sexe : féminin masculin
Date et lieu de naissance : Pays :
École fréquentée : Classe :
Adresse (si différente de celle du responsable) :
Lien avec le responsable n°1 :

Personnes majeures, en dehors des représentants légaux, autorisées à venir chercher votre enfant :

Nom et prénom	Lien de parenté ou autre	Téléphone
.....
.....
.....
.....

Santé :

Problème médical nécessitant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : oui non
Si oui, merci de contacter le service enfance qui vous remettra les documents à remplir au 01.34.41.65.04 ou enfance@jouylemoutier.fr
Votre enfant présente un handicap nécessitant un aménagement particulier et un accueil adapté : oui non
Si oui merci de préciser et de contacter le service :

Vaccins obligatoires (contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite...) :

Date du dernier rappel DTP :
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
Coordonnées de votre médecin traitant (nom, adresse et téléphone) :

AUTRE(S) ENFANT(S) NON SCOLARISE(S) :

Nom	Prénom	Date de naissance
.....
.....
.....