Communauté de Communes CAP Val de Saône

Dossier enfant à compléter (ANNEE 2024/2025)

Enfant

Nom: …… Sexe: garçon ☐ fille ☐

Prénom: …….. Date de naissance: …….. Age de l'enfant: ……

Ecole: …… classe (année 2024/2025): ……

Médecin traitant

Nom/prénom: …….. Adresse:……..

Téléphone: ……

Allergies oui ☐ non ☐

Lesquelles:

Votre enfant suit-il un PAI oui ☐ non ☐

Régime Alimentaire oui ☐ non ☐

Sans porc ☐ Sans viande ☐ autres (précisez): ☐

Antécédents médicaux:

Rhumatisme ☐ Scarlatine ☐ Coqueluche ☐ Otite ☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Varicelle ☐

Maladies ou traitements médicaux oui ☐ non ☐

Lesquels:

Votre enfant est -il atteint de troubles particuliers: oui ☐ non ☐

Lesquels:

Autorisations

J'autorise la Communauté de Communes CAP Val de Saône à :

☐ Utiliser des images de mon enfant dans le cadre de sa communication à l'exclusion de toute exploitation commerciale. J'atteste ne prétendre à aucune indemnité, en argent ou en nature, actuellement ou dans le futur.

☐ Transporter mon enfant dans les véhicules de la collectivité ou ceux utilisés pour se rendre à une activité avec des prestataires comme des bus ou des transports en commun.

☐ Les directeurs ainsi que les animateurs à faire pratiquer sur mon enfant les soins médicaux (égratignures, petites plaies, bosses,…)

☐ Les directeurs à contacter les secours (médecin, pompier, SAMU,…) pour prendre en charge l'enfant blessé. Les parents seront informés sans délai de tout accident survenu à leur enfant nécessitant l'intervention du corps médical.

☐ Mon enfant à sortir seul après les services de la Communauté de Communes CAP Val de Saône

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et m'engage à signaler toute(s) modification(s) des renseignements fournis (nous vous rappelons que ces informations sont utilisées pour calculer le montant de votre facture) et avoir pris connaissance:

☐ Règlement intérieur (la mise à jour sera disponible sur le portail famille pour la rentrée 2024)

☐ Des tarifs en vigueur (la mise à jour sera disponible sur le portail famille pour la rentrée 2024)

Personnes habilitées à venir chercher mon enfant (hors parents, au moins une personne et maximum 3 personnes) :

Nom, prénom: …… Lien avec la famille: ……

Adresse: ……

Ville: ……

Portable: …… Domicile: ……

Nom, prénom: …… Lien avec la famille: ……

Adresse: ……

Ville: ……

Portable: …… Domicile: ……

Nom, prénom: …… Lien avec la famille: ……

Adresse: ……

Ville: ……

Portable: …… Domicile: ……

Personnes à contacter en cas d'urgences :

Nom, prénom: …… Lien avec l'enfant: ……

Adresse: ……

Ville: ……

Portable: …… Domicile: …… Tel professionnel:……

FACTURATION (personne à facturer)

Nom, prénom: ……

Adresse: ……

Ville: ……

Portable: ……

N°allocataire CAF (obligatoire) : ……

Signature des responsables:

A PARTIR DE QUAND AVEZ-VOUS BESOIN DE NOS SERVICES :

☐ **De l'été 2024**

☐ **De la rentrée scolaire 2024**