

Je soussigné(e): _____,

responsable légal de (nom(s) et prénom(s) du ou des enfants): _____

▪ Autorise mon (mes) enfant(s) à participer à l'ensemble des activités organisées par le service enfance-jeunesse de la Communauté des Communes Couserans Pyrénées, y compris les activités de baignade surveillée.

▪ Autorise la direction à consulter notre dossier allocataire CAFPRO ou MSA, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.

▪ Autorise mon (mes) enfants à voyager en bus et minibus.

▪ Autorise les responsables du service enfance-jeunesse de la Communauté des Communes Couserans Pyrénées à transporter mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités organisées (y compris dans un véhicule personnel).

▪ Certifie sur l'honneur que mon (mes) enfant(s) est couvert par une assurance péri et extra scolaire pour tous les risques pouvant survenir durant les différentes périodes de fonctionnement du service enfance-jeunesse de la Communauté des Communes Couserans Pyrénées : Responsabilité civile et dommages corporels individuels.

▪ Autorise les personnels d'encadrement à prendre les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de mon (mes) enfant(s) (médecin, rapatriement, Samu, Pompiers, etc...).

▪ M'engage à rembourser à la Communauté des Communes Couserans Pyrénées les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques, ainsi que les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon (mes) enfant(s).

▪ Autorise la Communauté des Communes Couserans Pyrénées à utiliser dans le cadre pédagogique (journal, site internet, publications, reportage, etc...) des photos ou films de mon (mes) enfant(s), pris au cours des activités.

▪ Autorise mon (mes) enfant(s) à regagner seul(s) son domicile à la fin des activités de nos accueils périscolaires, dégageant la Communauté de Communes Couserans Pyrénées de toutes responsabilités (uniquement pour les plus de 6 ans):

Nom et prénom de l'enfant: _____ oui non

Nom et prénom de l'enfant: _____ oui non

Nom et prénom de l'enfant: _____ oui non

Nom et prénom de l'enfant: _____ oui non

Nom et prénom de l'enfant: _____ oui non

Je m'engage à signaler, au service enfance-jeunesse de la Communauté des Communes Couserans Pyrénées, toutes modifications (adresse, N° de téléphone, Personnes à prévenir ou autorisées, situation familiale, renseignements médicaux, etc...) ou remarques susceptibles d'améliorer l'accueil de mon (mes) enfant(s).

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des Accueils Périscolaires de la Communauté de Communes Couserans Pyrénées (disponible sur le site de la Communauté de Communes), et je certifie que les renseignements donnés sur ce dossier sont exacts.

Je reconnais que les autorisations données ci-dessus sont applicables également pour nos accueils extra-scolaires (Périodes de vacances scolaires).

Signature(s) du (des) responsable(s), précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »

Le ___/___/___

Cadre réservé à l'administration : Ne pas remplir

DOSSIER COMPLET

Pour le foyer :

- Photocopies du livret de famille
- Justificatif de domicile
- Attestation CAF ou MSA ou avis d'imposition si non allocataire
- Notifications d'Aide au Temps Libres (CAF) et/ou notification de prise en charge d'un autre organisme (CE, etc...)

Pour chaque enfant:

- Fiche sanitaire
- Photocopie des vaccins (ou certificat médical de contre-indication)
- Attestation d'assurance responsabilité civile et dommages corporels (en cours de validité)
- Extrait du jugement et Planning de garde (le cas échéant)
- PAI
- Notification de dossier MDPH

Selon les activités:

- Certificat médical d'aptitude au sport de moins de 1 an (pour toute activité sportive)
- Attestation d'aisance aquatique (pour toute activité aquatique ou nautique)

Saisi par _____, le ___/___/___

NOM du RÉFÉRENT FAMILLE: _____

Situations Familiale : Mariés Vie Maritale Pacsés Séparés Veuf Célibataire

Autre situation : _____

RESPONSABLE(S) DU ou DES ENFANT(S)

RESPONSABLE 1

NOM : _____

Prénoms : _____

En qualité de : _____

Date et Lieu de Naissance :
___/___/___ à _____ N° Dpt : ___

Situation Familiale personnelle : _____

Adresse : _____

Téléphone Domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Adresse Email : _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Téléphone professionnel : _____

Horaires de travail : Journée Nuit Variable

RESPONSABLE 2

NOM : _____

Prénoms : _____

En qualité de : _____

Date et Lieu de Naissance :
___/___/___ à _____ N° Dpt : ___

Situation Familiale personnelle : _____

Adresse : _____

Téléphone Domicile : _____

Téléphone Portable : _____

Adresse Email : _____

Profession : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Téléphone professionnel : _____

Horaires de travail : Journée Nuit Variable

PRESTATIONS FAMILIALES ET ASSURANCES

Allocataire : Père Mère Autre (précisez) : _____

Numéro d'Allocataire CAF ou MSA : _____ Caisse de : _____

N° de Sécurité Sociale auquel sont rattachés les enfants : _____

Assurance Extra Scolaire : _____ N° de contrat : _____

1^{er} Enfant :

NOM : _____ Prénoms : _____

Né(e) le : ____/____/____ à (Ville + Dpt) : _____ Sexe : _____

Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

PAI : oui non Dossier MDPH : oui nonObservations particulières : _____**2^{ème} Enfant :**

NOM : _____ Prénoms : _____

Né(e) le : ____/____/____ à (Ville + Dpt) : _____ Sexe : _____

Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

PAI : oui non Dossier MDPH : oui nonObservations particulières : _____**3^{ème} Enfant :**

NOM : _____ Prénoms : _____

Né(e) le : ____/____/____ à (Ville + Dpt) : _____ Sexe : _____

Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

PAI : oui non Dossier MDPH : oui nonObservations particulières : _____**4^{ème} Enfant :**

NOM : _____ Prénoms : _____

Né(e) le : ____/____/____ à (Ville + Dpt) : _____ Sexe : _____

Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

PAI : oui non Dossier MDPH : oui nonObservations particulières : _____**5^{ème} Enfant :**

NOM : _____ Prénoms : _____

Né(e) le : ____/____/____ à (Ville + Dpt) : _____ Sexe : _____

Ecole Fréquentée : _____ Classe : _____

PAI : oui non Dossier MDPH : oui nonObservations particulières : _____**Médecin traitant des enfants :**

NOM : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Personnes à prévenir en cas d'urgence (autres que les Responsables) :

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'(les) enfant(s) (autres que les Responsables) :

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____

NOM : _____ Prénoms : _____

Lien avec les enfants : _____ Téléphone : _____