

Le dossier ne pourra être pris en compte que s'il est complet

Liste des pièces à fournir :

- Copie avis d'imposition 2 020 sur les revenus 2019 et 2021 Sur les revenus 2020 oui non
- Copie du livret de famille (parents et tous les enfants à charge)
- Copie assurance extra-scolaire 2021/2022 (Accueils de Loisirs et Périscolaires) ou responsabilité civile pour les enfants de moins de 3 ans (Crèches)
- Copie des vaccins obligatoires (DT Polio) ou certificat médical de contre-indication à la vaccination
- Autorisation de données CAF ou MSA (voir document annexe)
- Autorisation de prises de vues et diffusion (voir document annexe)
- Attestation ou brevet de natation (pour les camps d'été)

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Madame, Monsieur.....responsable légal de(s)
l'enfant(s).....

Autorise la ou les personnes majeures désigné(es) ci-dessous à venir chercher mon enfant sur les structures

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____
 Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____
 Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____
 Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

Autorise mon enfant à quitter seul la structure (CF règlement intérieur, uniquement pour les adolescents)

n'autorise personne à récupérer mon enfant Nom de l'enfant :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____
 Nom & Prénom _____ Tél.portable _____ tél fixe _____

Autorisation de sorties avec la structure : autorise n'autorise pas

Autorisation de baignade : autorise n'autorise pas

Autorise la (le) Directrice (teur) à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médicaux), hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. oui non

Nous avons lu le règlement intérieur et nous nous engageons à le respecter (consultable sur le site de la CDC).

Déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier, ainsi que les copies des pièces justificatives fournies.

Fait à.....le... signature(s) (des 2 parents si garde alternée)

Contacts :

Demandes concernant les crèches : contacter le RAM (ram@paysfoyen.fr)

Retour des dossiers : BEJ (par mail sur inscriptions-enfance@paysfoyen.fr ou Maison de la Petite Enfance, 38 rue Louis Pasteur, 33220 Ste-Foy-la-Grande).

Communauté de Communes du Pays Foyen

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription et au règlement des modes de gardes allant de 0 à 17 ans sur la Communauté de Communes du Pays Foyen. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au bureau enfance jeunesse de la Communauté de Communes du Pays Foyen.



Auriolles, Caplong, Eynesse, La Roquille, Landerrouat, Les Lèves-et-Thoumeyragues, Ligueux, Listrac-de-Durèze, Margueron, Massugas, Pellegrue, Pineuilh, Port-Sainte-Foy-et-Ponchapt, Riocaud, Saint-André-et-Appelles, Saint-Avit-de-Soulège, Saint-Avit-Saint Nazaire, Sainte-Foy-la-Grande, Saint-Philippe-du-Seignal et Saint-Quentin-de-Caplong.

Dossier Unique Par Famille 2021/2022

PETITE ENFANCE	ENFANCE JEUNESSE	
<input type="checkbox"/> Les P'tits Loups Port Ste Foy et Ponchapt <input type="checkbox"/> Tom Pouce Ste Foy La Grande <input type="checkbox"/> Service Familial <input type="checkbox"/> Lous Pitchouns Pellegrue	Accueil de loisirs 3 / 12 ans : <input type="checkbox"/> Pineuilh <input type="checkbox"/> Pellegrue	<input type="checkbox"/> Périscolaire Maternel <input type="checkbox"/> Périscolaire Élémentaire
	Ados 10 / 17 ans : <input type="checkbox"/> Animation Jeunesse <input type="checkbox"/> Ados Pellegrue	

Dossier pris le : _____ par : _____ Dossier saisi le : _____ Par : _____

Enfant (s) à charge - 21 ans	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant	4 ^{ème} enfant
Nom de famille				
Prénom				
Adresse				
École fréquentée				
Sexe	F M	F M	F M	F M
Date et lieu de naissance				
Nationalité				
Maladies chroniques et contagieuses				
Y'a-t-il eu un FAI :				
Observations particulières :				
Enfant AEEH/MDPH :				
Médecin traitant :	Nom :	Téléphone:	Ville:	
Responsables légaux	Père	Mère	Autre (préciser le statut)	
Nom				
Prénom				
Date et lieu de naissance				
Nationalité				
Adresse				
Courriel				
Tél. Domicile et portable				
Tél. Bureau				
Profession (employé, ouvrier, cadre etc...)				
En Activité :	Oui /Non	Oui/Non	Oui/Non	
Lieu de travail (à compléter) :				
SITUATION FAMILIALE	<i>Personne seule:</i> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		<i>Personne en couple:</i> <input type="checkbox"/> Marié(e)/ <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé(e) mais famille recomposée	
Nombre d'enfants à charge de moins de 21 ans :				
Garde Alternée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autorité parentale conjointe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si garde alternée, fournir le jugement svp				
Prestations familiales : MSA ou CAF, précisez le numéro d'allocataire :				

