

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DÉPARTEMENT DU NORD



MAIRIE
de
HOUPLIN-ANCOISNE

59263

☎ 03 20 90 05 52

Fax 03 20 32 71 39

www.mairie-houplin-ancoisne.fr

DOSSIER FAMILIAL UNIQUE

Pour les écoles maternelles et élémentaires, ainsi que les temps périscolaires et extrascolaires de la ville d'Houplin-Ancoisne.

**Merci de déposer ce dossier directement en Mairie au plus tard le
lundi 31 juillet 2017**

Nom(s) de la famille

.....

Représentant 1

Mme – M

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse du domicile :

.....

Lien de parenté sur la famille : Père – Mère – Beau-père – Belle-mère – Tuteur légal

Autre :

Situation familiale : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Union Libre

Profession :

Tél perso : Portable : Prof :

Email de contact pour le portail famille :

.....@.....

Représentant 2

Mme – M

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :/...../.....

Adresse du domicile :

.....

Lien de parenté sur la famille : Père – Mère – Beau-père – Belle-mère – Tuteur légal

Autre :

Situation familiale : Célibataire – Marié(e) – Pacsé(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve) – Union Libre

Profession :

Tél perso : Portable : Prof :

Email de contact pour le portail famille :

.....@.....

Allocations familiales

Déclaration sur l'honneur

N° d'allocataire :

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur ce dossier et notamment les informations médicales.

Je m'engage à informer la ville d'Houplin-Ancoisne de tout changement relatif aux renseignements fournis qui interviendraient au cours de l'année.

La ville d'Houplin-Ancoisne décline toutes responsabilités en cas d'informations erronées ou incomplètes figurant dans le dossier.

Fait à, le

Signature(s) du (des) parents :

Pièces obligatoires à fournir

Pièces à joindre pour ouvrir l'accès aux activités scolaires, périscolaires et extrascolaires :

- ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile des parents
- ✓ Photocopie du carnet de vaccination **pour chaque enfant**
- ✓ Photocopie attestant du mode de garde le cas échéant
- ✓ Justificatif de domicile

Pièces permettant la tarification (en cas de non communication de ces pièces, il appartiendra à la mairie d'appliquer le tarif maximum) :

- ✓ Pour les familles affiliées à la CAF : document de la CAF faisant apparaître le quotient familial et le n° d'allocataire (documents à fournir en avril **ET** en janvier)
- ✓ Pour les familles non affiliées : le dernier avis d'imposition ou autre. Le cas échéant, le tarif maximum sera appliqué
- ✓ Contrat de prélèvement automatique avec RIB pour ouverture des droits au prélèvement automatique

Contact

ou changement de compte pour les nouveaux adhérents au système (documents à retirer en mairie)

Mairie d'Houplin-Ancoisne, 1 place du 8 mai 1945, 59263 HOUPLIN ANCOISNE.

Accueil : 03 20 90 05 52

Service école : 03 20 90 53 96

Mail de contact : a.pollet@houplin-ancoisne.fr

FICHE ENFANT

(merci de compléter une fiche par enfant)

Nom : Prénom :
.....

Date de naissance :

Sexe : Fille Garçon

Ecole fréquentée pour l'année 2017 / 2018 :
.....

CONTACT 1

Nom :
.....
.....

Prénom :
.....
.....

Lien de parenté :
.....
.....

Tél perso : Portable : Tel pro :
.....

Venir chercher l'enfant Être prévenu(e) en cas d'urgence

CONTACT 2

Nom :
.....
.....

Prénom :
.....
.....

Lien de parenté :
.....
.....

Tél perso : Portable : Tel pro :
.....

Venir chercher l'enfant Être prévenu(e) en cas d'urgence

CONTACT 3

Nom :

.....
.....

Prénom :

.....
.....

Lien de parenté :

.....
.....

Tél perso : Portable : Tel pro :

.....

Venir chercher l'enfant Être prévenu(e) en cas d'urgence

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant : Tél :

.....

Lieu de préférence pour une hospitalisation :

.....

Votre enfant présente-t-il un trouble de santé (pathologie, allergie ou intolérance alimentaire) ? Oui Non

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Personnalisé) ? Oui Non

Le PAI doit être renouvelé à chaque rentrée scolaire.

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<p>RUBÉOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>VARICELLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ANGINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>SCARLATINE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>
<p>COQUELUCHE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OTITE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>ROUGEOLE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	<p>OREILLONS</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>	

ALLERGIES : ASTHME : Oui Non MEDICAMENTEUSES : Oui Non

ALIMENTAIRES : Oui Non AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de

Autorisations diverses

l'enfant.

Date :

Signature :

Nous, soussignés, Monsieur et Madame....., parents de

....., l'autorisons :

- A être pris en photo ou filmé durant les activités scolaires, périscolaires et extrascolaires Oui Non
- A participer aux déplacements et aux sorties encadrées avec ou sans transport par les agents municipaux : Oui Non

Nous, soussignés, Monsieur et Madame

....., parents de

