

## 1. COMPOSITION FAMILIALE

## Parent 1 :

● NOM : .....Prénom : .....

● Date de naissance : .....

● Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

● Téléphone portable .....

● Téléphone travail : .....

● Profession : .....

● Mail : .....

● Adresse électronique (*obligatoire pour avoir accès au portail familles*) : ..... J'accepte que la Ville de Capbreton m'envoie des informations par courrier électronique et par S.M.S Si je réside sur Capbreton, je souhaite ouvrir un compte via le portail familles

## Autre :

● NOM : ..... Prénom : ..... ● Qualité : .....

● Adresse : ..... ● Téléphone(s) : .....

CP : ..... Ville : .....

## Parent 2 :

● NOM : .....Prénom : .....

● Date de naissance : .....

● Adresse (si différente) : .....

CP : ..... Ville : .....

● Téléphone portable : .....

● Téléphone travail : .....

● Profession : .....

● Mail .....

**Adresse à Capbreton si différente (grands-parents / résidence secondaire /etc.)**

● Chez (Nom / Prénom) : .....

● Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

● Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

● Si un seul parent exerce l'autorité parentale, le préciser : Père  Mère 

Autre (à préciser) : .....

**(Fournir une copie du jugement relatif à l'autorité parentale)****Composition de la famille**

N° attribué à l'utilisateur	Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance	École fréquentée
❶ (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
❷ (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
❸ (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Autre cas (à préciser)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

## 2. RÉGLEMENT DES FACTURES

- Indiquer le représentant qui prendra en charge les différentes factures : .....
- Nombre d'enfants à charge : .....
- N° d'allocataire CAF : .....
- N° MSA : .....
- Pour les familles concernées, joindre une copie de la carte d'identité vacances

Pour l'Accueil de loisirs périscolaire et l'Accueil de loisirs sans hébergement, les chèques CESU sont acceptés pour les enfants de moins de 6 ans.

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), peut apporter une aide aux familles, en fonction de leur situation et sous conditions de revenus. ☎ 05.58.72.70.75

## 3. DROIT À L'IMAGE

**Autorise** la mairie de Capbreton à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les

photographies(s) ou film(s) :

- Dans le bulletin municipal
  - Sur le portail familles
  - Sur le site de la ville [www.capbreton.fr](http://www.capbreton.fr)
  - Sur le FaceBook de la ville
  - Dans la presse locale
  - Communauté des communes (Macs)
- N'autorise pas** la mairie de Capbreton à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou film(s) sur les supports de communication cités ci-dessus.

La remise de ce dossier ne dispense pas les familles d'inscrire les enfants à l'accueil périscolaire (inscription tous les matins à la maternelle pour l'accueil périscolaire du soir) et à l'accueil de loisirs (pour les mercredis et les vacances).

### Dossier à remettre :

A la direction de l'Accueil de loisirs (Alsh) de 17h à 18h15 ou au service des Affaires Extras, Périscolaires et Scolaires à la maison Nismes de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h30. Documents à fournir : Assurance scolaire recommandée, photocopie de tous les vaccins, fiche d'imposition.

4. Traitement des données personnelles : se rapporter au règlement intérieur de la structure

**Pour des raisons de sécurité, tout changement de données administratives, sanitaires ou autres doit être signalé à la direction de la structure ([dir.alsh@capbreton.fr](mailto:dir.alsh@capbreton.fr))**

## 1 FICHE PAR ENFANT MINEUR

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Sexe : M  F 

Date de naissance : .....

## 1. RESPONSABLE LÉGAL

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Travail : ..... Tél. Portable : .....

## 2. RECOMMANDATIONS UTILES

Appareillages : port de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, autres

(à préciser) : .....

Antécédents à signaler : .....

## 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies ou soins spécifiques :  Oui  NonSi oui, produire un certificat médical et le *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)*.Régime alimentaire (*sur prescription médicale*) :  Oui – Lequel : ..... NonL'enfant doit-il suivre un traitement médical ?  Oui  NonSi oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant*). **Attention** : aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

## 4. VACCINATIONS

Pièces administratives à fournir : – Photocopie du carnet de santé avec vaccinations obligatoires à jour.

## 5. MÉDECIN TRAITANT

Nom : ..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

## 6. CAS D'URGENCE

Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence. La famille sera alors prévenue.

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM Prénom..... Tel.....

NOM Prénom..... Tel.....

NOM Prénom..... Tel .....

NOM Prénom ..... Tel .....

## 7. PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

NOM : ..... Prénom : ..... Tél. : .....

**Se munir d'une pièce d'identité.**

## 8. INSCRIPTIONS TEMPS D'ACTIVITÉS MERIDIENS (TAM)

OUI

NON

## 9. ATTESTATION D'AISSANCE AQUATIQUE

OUI

NON

Monsieur.....Madame.....

Responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus,

● **Certifie exact les renseignements portés sur la fiche.**

● **Reconnait avoir pris connaissance du règlement de chaque structure fréquentée par son enfant**

Le ...../...../.....      Signature(s)

: