

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Le dossier unique est une démarche préalable à toute inscription aux prestations communautaires. Il sert à collecter en une seule fois les informations personnelles du foyer pour simplifier les démarches administratives ultérieures.

Les informations contenues dans ce dossier et les pièces justificatives fournies, sont désormais partagées, si nécessité, avec les services et équipements communautaires habilités, que vous fréquentez : la crèche « les p'tites canailles, la crèche « Nos p'tits drôles », l'accueil de loisirs sans hébergement « les farfadets », les séjours et les chantiers jeunes.

« Par application de l'article de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par l'ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et conformément au Règlement général de la protection des données personnelles (RGPD) entré en application le 25 mai 2018 :

- La collecte des informations nominatives effectuée par la Communauté de Communes de l'Île d'Oléron a fait l'objet d'une fiche de traitement au sein de notre collectivité.
- L'utilisateur est informé que les informations qu'il communique sont destinées à la Communauté de Communes Oléron à des fins de gestion administrative, uniquement.
- L'utilisateur est informé qu'il dispose d'un accès, d'interrogation et de rectification qui lui permet, le cas échéant, de faire rectifier, compléter, mettre à jour ou supprimer les données personnelles le concernant qui sont inexactes, en s'adressant au Service Enfance Jeunesse.

1 . RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Situation familiale : Marié(e) Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Vie maritale Séparé(e) P.A.C.S

Représentant légal 1 : Père Mère Autre

Nom (jeune fille) :

Nom (d'usage) :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

.....

Tél : Mobile :

Courriel :

Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

l'employeur :

.....

Téléphone professionnel :

Représentant légal 2 : Père Mère Autre

Nom (jeune fille) :

Nom (d'usage) :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

.....

Tél : Mobile :

Courriel :

Profession :

Nom et adresse de

.....

.....

Téléphone professionnel :

Autorisez-vous le Service Enfance Jeunesse à vous envoyer, en cas de nécessité (urgence, grève,...)

des courriels oui non

des SMS oui non

Autorisez-vous le Service Enfance Jeunesse à vous envoyer, en cas de nécessité (urgence, grève,...)

des courriels oui non

des SMS oui non

Le Service Enfance Jeunesse s'engage à ne pas communiquer les coordonnées que vous acceptez de nous confier.

Enfant(s) à charge de votre foyer :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Établissement / Classe

2 . RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

- **Régime allocataire du responsable de l'enfant**

CAF MSA Autre (préciser) :

- **N° Sécurité sociale**
Adresse de votre centre :

- **Assurance de l'enfant** : *Pour toute participation aux activités proposées par les services organisateurs rattachés au Service Enfance Jeunesse, l'enfant doit être couvert par une assurance extrascolaire ou responsabilité civile du foyer en cours de validité.*

Compagnie d'assurance : N° de police :
Fin de validité de l'assurance :

- **Règlement des factures** :

Nom du destinataire des factures :
Adresse :

3 . DECLARATION

Responsable légal 1

Je soussigné(e)

Atteste l'exactitude de l'ensemble des informations concernant ma situation familiale et mes revenus, figurant dans le présent dossier.

Je m'engage à signaler tous les changements pouvant intervenir au cours de l'année scolaire : adresse, téléphone, situation professionnelle, etc....

Toute fausse déclaration est passible de peine d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441.1 du Code Pénal.

Fait à : Le :
(Signature, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Responsable légal 2

Je soussigné(e)

atteste l'exactitude de l'ensemble des informations concernant ma situation familiale et mes revenus, figurant dans le présent dossier.

Je m'engage à signaler tous les changements pouvant intervenir au cours de l'année scolaire : adresse, téléphone, situation professionnelle, etc....

Toute fausse déclaration est passible de peine d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441.1 du Code Pénal.

Fait à : Le :
(Signature, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

1. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- Nom et prénom du médecin traitant :
Adresse :
- Téléphone :
- Vaccination :**
Merci de fournir la photocopie du carnet de vaccinations de votre enfant ou un certificat médical de contre-indication, si votre enfant ne dispose pas de vaccin obligatoire.

Vaccin obligatoire	Date dernier rappel
Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite	

L'enfant fait-il l'objet d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)** ? Oui Non

→ Si OUI, fournir le document PAI certifié par le médecin

Autres difficultés de santé (maladies, accident, crises convulsives, hospitalisation, interventions, rééducation, autres) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

- Maladies : L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?**

Angine	Coqueluche	Otite	Rougeole
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Prise de médicaments simple (hors PAI)**

Votre enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Vos remarques si vous le souhaitez :

.....
.....

• Allergies :

Asthme	Allergies médicamenteuses	Allergies aux animaux	Allergies alimentaires
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Précisez :	Précisez :	Précisez :

<input type="checkbox"/> Autres :			
Précisez :			

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes	Des prothèses auditives	Un appareil dentaire
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre :	
.....	
.....	

2. PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE et/ou AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE (hors parents)

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant (Parent, ami, ...)	Téléphone ou mobile	A contacter en cas d'urgence	Autorisé(e) à venir chercher votre enfant
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par les responsables des structures concernées.

3. PERSONNES NON AUTORISEES A PRENDRE EN CHARGE L'ENFANT

Nom et prénom de la/ou les personnes non autorisée(s) à prendre en charge le jeune :

.....
.....

(Il sera nécessaire de fournir une copie du jugement spécifiant l'interdiction)

DECLARATION DU (DES) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Je soussigné(e)..... Responsable légal(e), titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :	Je soussigné(e)..... Responsable légal(e), titulaire de l'autorité parentale de l'enfant :
Nom :.....Prénom :.....	Nom :.....Prénom :.....
Déclare exacts les renseignements portés au présent document et autorise le responsable de la structure ou du séjour, le cas échéant, à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'état de santé de mon enfant : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale.	Déclare exacts les renseignements portés au présent document et autorise le responsable de la structure ou du séjour, le cas échéant, à prendre toutes les mesures nécessaires pour l'état de santé de mon enfant : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale.
<input type="checkbox"/> J'autorise	<input type="checkbox"/> J'autorise
<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas	<input type="checkbox"/> Je n'autorise pas
Fait à, le (Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)	Fait à, le (Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

4. TARIF SEJOUR ET MODE DE REGLEMENT

Veillez trouver ci-dessous la grille tarifaire du séjour montagne 2024.

IMPORTANT

- Vous devrez régler la totalité du séjour avant le départ du séjour. Vous avez la possibilité de régler ce séjour en 1, 2 ou 3 fois.
- Les règlements se feront uniquement après validation de l'inscription de votre enfant et à réception de votre facture. PAS D'ACOMPTE A L'INSCRIPTION.

Tarifs	Quotient familial	Allocataires Caf ou MSA	Non allocataires	Non résident
	QF1 0 > 500	200 €	335 €	666 €
	QF2 501 > 760	233 €	370 €	
	QF3 761 > 1250	266 €	400 €	
	QF 4 1251 et +	300 €	435 €	

5. PIECES A FOURNIR AVEC CE DOSSIER

DOCUMENTS A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION AU SEJOUR

Pièces à fournir	Périodicité
Copie d'un justificatif de domicile (- de 3 mois)	A l'inscription
Copie du livret de famille (toutes les pages)	A l'inscription
Photocopie de la carte d'identité du responsable légal	A l'inscription
Copie du carnet de santé ou carnet de vaccination	A l'inscription
Attestation d'assurance	A l'inscription
Autorisation de droit à l'image	A l'inscription
Copie de l'attestation de sécurité sociale du parent responsable	A l'inscription
<ul style="list-style-type: none">• En cas de divorce : copie du jugement précisant la garde de l'enfant• En cas de séparation et en l'absence de jugement : attestation sur l'honneur précisant la résidence principale de l'enfant.• En l'absence d'autorisation de consultation CAF PRO ou Cdap : attestation de quotient familial ou copie de l'avis d'imposition N-1 sur les revenus N-2.• En cas de traitement médical : fournir une ordonnance	A l'inscription