

Année scolaire 2022/2023

En cours d'année, à compter du/...../.....

Fiche de renseignements commune pour Bayeux Intercom (scolarité) et la Ville de Bayeux (jeunesse-sports).
Merci de bien vouloir la remplir pour la création ou la mise à jour de votre dossier famille.

ENFANT			
Nom		Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénom		Classe – Niveau (à la rentrée de septembre)	
Date et lieu de naissance	/ /	à	

ETAT CIVIL DES REPRESENTANTS LEGAUX				
	Représentant 1 de l'enfant Responsable du dossier famille et du dossier CAF		Représentant 2 de l'enfant	
	Titulaire de l'exercice de l'autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Titulaire de l'exercice de l'autorité parentale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<i>En cas de décision de justice limitant l'exercice de l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte</i>				
Civilité				
Nom (+nom de jeune fille)				
Prénom				
Date et lieu de naissance	Le / /	à	Le / /	à
Lien avec l'enfant				
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/>		Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/>	
Adresse	Adresse : Code postal : Ville :		Adresse : Code postal : Ville :	
Adresse mail				
Téléphone domicile				
Téléphone portable				
Profession				
Employeur				
Adresse de l'employeur	Adresse : Code postal : Ville :		Adresse : Code postal : Ville :	
Téléphone professionnel		N° de poste :		N° de poste :
Nom et N° allocataire CAF * (de rattachement de l'enfant)				
En cas de séparation	<input type="checkbox"/> Résidence principale chez le représentant 1 <input type="checkbox"/> Résidence principale chez le représentant 2 <input type="checkbox"/> Résidence en garde alternée		Un jugement a-t-il été prononcé ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Dans le cas où l'enfant est rattaché à deux numéros (garde alternée par exemple). Si vous faites partie d'une caisse autre que la CAF (MSA, ...), n'hésitez pas à nous contacter.



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il une allergie, une maladie chronique ou nécessite-t-il une prise en charge particulière ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour son bien-être, un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) a-t-il été établi ? Si besoin, merci de nous contacter afin de vous expliquer la démarche à suivre.	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Recommandations utiles en lien avec la santé de l'enfant (lunettes de vue, appareils auditifs, traitement orthodontique...) :	
Attention : Aucun traitement ne pourra être donné à l'enfant sans ordonnance récente.	

VACCINS OBLIGATOIRES (date de la dernière injection)

D.T.P.	----/----/----	R.O.R.	----/----/----
Coqueluche	----/----/----	B.C.G (recommandé)	----/----/----
Méningocoque	----/----/----	Hépatite B	----/----/----
Pneumocoque	----/----/----	Infection à Haemophilus influenzae b	----/----/----

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT (autres que les parents)

	Contact 1	Contact 2	Contact 3
Nom et Prénom			
Lien avec l'enfant			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone portable			
A appeler en cas d'urgence	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autorisé à récupérer l'enfant	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PERSONNE(S) INTERDITE(S) DE CONTACT AVEC LE ENFANT Merci de joindre la décision de justice

Nom et Prénom	
Nom et Prénom	

AUTORISATIONS PARENTALES

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame	
<input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	la structure (Bayeux Intercom ou Ville de Bayeux) à prendre toutes mesures d'urgence
<input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	l'hospitalisation et l'anesthésie de notre enfant si nécessaire
<input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	la structure (Bayeux Intercom ou Ville de Bayeux) à prendre des photographies ou vidéos de notre enfant et à les diffuser dans les documents municipaux et intercommunaux (bulletins, site internet, réseaux sociaux, plaquette d'information, ENT...)
<input type="checkbox"/> Autorisons / <input type="checkbox"/> N'autorisons pas	la CDC Bayeux Intercom ou la Ville de Bayeux à recueillir des informations me concernant auprès de la Caisse d'Allocations Familiales, dont mes ressources, afin de vérifier mon éligibilité aux tarifications spéciales et de simplifier mes démarches. (Dans le cas d'un refus de votre part, afin d'appliquer la tarification modulée, vous devrez obligatoirement fournir un justificatif de la CAF du Calvados.)

En cas de maladie ou d'accident, l'enfant est orienté et transporté par les services de secours d'urgence qui déterminent le lieu d'hospitalisation. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT AVEC LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Justificatif de domicile < 3 mois

Extrait du livret de famille

Fait à, le
Signature du/des représentants légaux

Les informations contenues dans le présent document ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/89 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.