

ACTIVITES PERI ET EXTRASCOLAIRES DE 3 A 17 ANS

ANNEE SCOLAIRE 2024 / 2025

MATERNELLE

ELEMENTAIRE

M.J.L. (collège/lycée)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

FILLE GARCON

ECOLE :

NIVEAU SCOLAIRE :

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

Mère Père Tuteur légal

Mère Père Tuteur légal

Nom / Prénom :

Nom / Prénom

Adresse :

Situation familiale :

Marié(e) Pacsé(e) Veuf/ve Vie Maritale Séparé(e) Divorcé(e) Célibataire

📞 **Portable**

📞 **Portable**

📞 **Domicile :**

📞 **Domicile :**

Mail :

Mail :

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

📞 **Professionnel :**

📞 **Professionnel :**

Régime d'appartenance à la Sécurité Sociale

Régime d'appartenance à la Sécurité Sociale

Général Monaco MSA Autres

Général Monaco MSA Autres

PARENTS DIVORCES OU SEPARES.

Y-a-t-il un jugement ? OUI* NON

***fournir le jugement**

MODE DE GARDE DE L'ENFANT :

En cas de garde alternée, un dossier PAR PARENT est obligatoire.

EXCLUSIF

chez la mère

chez le père

ALTERNÉ

semaines paires

chez la mère

chez le père

semaines impaires

chez la mère

chez le père

OBSERVATIONS :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINATIONS :

Fournir une attestation de vaccination d'un professionnel de santé OU copie carnet de vaccination

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

Précisez les précautions à prendre :

ALLERGIES :

OUI NON

Alimentaires **Médicamenteuses** **Autres** (animaux, pollens, plantes asthmes.....)
Précisez :

P.A.I *(PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) OUI NON EN COURS

**Obligatoire pour accéder à la restauration, fournir le protocole et toutes informations utiles*

Votre enfant est porteur d'un handicap ? OUI NON

Votre enfant bénéficie-t-il de l'allocation enfant Handicapé (AEH) OUI* NON

** fournir l'attestation MDPH*

Médecin traitant :

Tél :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses ou appareil dentaire etc....

Précisez :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant suit-il une alimentation sans viande de porc OUI NON

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la Ville de Vence à utiliser, en cédant tous droits, toutes photos ou vidéos de mon enfant, prises dans le cadre des services proposés y compris celles prises par les mineurs eux-mêmes, et pour toutes utilisations dans le cadre de sa communication.

Responsable légal 1 : OUI NON Responsable légal 2 : OUI NON

AUTORISATIONS SPECIFIQUES A LA MAISON DE LA JEUNESSE ET DES LOISIRS

J'autorise mon enfant (selon les horaires prévus) à participer à toutes les activités et sorties durant les vacances scolaires, et à fréquenter librement la Maison de la Jeunesse et des Loisirs au cours de l'année OUI NON

J'autorise mon enfant à quitter seul(e) la Maison de la Jeunesse et des Loisirs à la fin des activités selon les horaires prévus OUI* NON

**Le jeune ne sera plus sous la responsabilité des animateurs dès lors qu'il quitte le centre.*

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à utiliser des véhicules de transports, véhicules de service et autobus de location

OUI NON

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT* :

NOM / PRENOM	TEL
NOM / PRENOM	TEL
NOM / PRENOM	TEL
NOM / PRENOM	TEL

***munies d'une pièce d'identité**

FACTURATION

QUOTIENT FAMILIAL

Allocataire CAF n°

J'autorise Je n'autorise pas* les agents du Guichet Unique à rechercher en mon nom et avec mon numéro d'allocataire, les informations nécessaires à l'obtention de mon quotient familial sur le site mon compte partenaire

Pour les enfants scolarisés en Petite Section Maternelle et les nouveaux arrivants sur Vence,
*Fournir obligatoirement la dernière notification calculée par la CAF

CCSS Monaco ou MSA

fournir la notification du quotient familial de la caisse concernée

Les familles ne percevant aucune prestation familiale doivent fournir le ou les avis d'imposition N-1

A défaut de ces documents, le tarif maximum sera appliqué.

PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

J'autorise le prélèvement automatique mensuel

Fournir un Relevé d'Identité Bancaire

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je, soussigné(e),

Responsable légal(e) 1, de l'enfant :

DECLARE :

Exacts les renseignements portés sur cette fiche,

Avoir pris connaissance des règlements intérieurs du Guichet Unique (disponibles sur portailfamille.vence.fr) et des différentes structures d'accueils et en accepter les termes.

Autoriser la ville de Vence le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence (seuls habilités à définir l'hôpital de secteur).

M'engager à signaler sans délai au Guichet Unique tout changement de situation (adresse, situation familiale ou de problème sanitaire)

En cas d'informations erronées ou incomplètes de votre part, la Ville de Vence décline toute responsabilité dans le traitement et la gestion de votre dossier.

Fait à :

le :

Signature du représentant légal 1