

DOSSIER UNIQUE FAMILLE



de renseignements pour les inscriptions scolaires et périscolaires (cantines, garderies et classes d'environnement), les inscriptions aux écoles municipales d'art, à l'école municipales des sports et aux clubs d'activités de la Ville de Castres.

Pièces justificatives à fournir :

- Photocopie de la carte d'allocataire CAF (ou à défaut le dernier avis d'imposition)
- Photocopie du livret de famille ou à défaut copie de la carte d'identité ou du passeport.
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture d'eau, EDF, GDF, téléphone).
- Photocopie du jugement attestant du mode de garde (si nécessaire).
- Carnet de santé pour les mineurs (pages vaccinations).
- Assurance – responsabilité civile et individuelle accident.

Dossier à compléter et à renvoyer, signé, accompagné des pièces justificatives à :
Espace Famille – Maison des services publics – 110, bd Maréchal Joffre – 81100 CASTRES

Renseignements concernant le foyer

Représentant légal 1

Mme Mlle M.

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Adresse du domicile _____

Situation familiale

Marié(e)

Célibataire

Divorcé(e)

Veuf/Veuve

Vie maritale

Séparé(e)

PACS

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur _____

Tél. personnel _____ Liste rouge

Tél. employeur _____ Tél. portable _____

Adresse électronique _____ @ _____



Représentant légal 2



Mme Mlle M.

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Adresse du domicile (si différente du représentant 1) _____

Situation familiale Marié(e) Célibataire Divorcé(e)
 Veuf/Veuve Vie maritale Séparé(e) PACS

Profession : _____ Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur _____

Tél. personnel _____ Liste rouge

Tél. employeur _____ Tél. portable _____

Adresse électronique _____ @ _____

Régime allocataire du responsable de l'enfant

CAF MSA AUTRE (à préciser) _____ N°allocataire _____

Signatures

Je soussigné(e) atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans le présent dossier. J'atteste également avoir pris connaissance de la possibilité pour l'administration de vérifier par tous les moyens légaux la véracité de ces déclarations.

Une fausse déclaration afin d'obtenir un avantage ou un service quelconque expose non seulement à l'annulation immédiate du bénéfice de l'avantage ainsi obtenu, mais aussi aux poursuites pénales possibles (articles L 433-19 L444-7 du code pénal).

Je m'engage à signaler tout changement dans les informations transmises ce jour.

Toute inscription implique l'acceptation du règlement intérieur de l'Espace Famille et l'engagement de son respect.

Date et signatures des représentants :

Votre demande recensée dans un fichier informatique par la Mairie de Castres a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL. En application de la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression des données qui vous concernent.

Pour toute information complémentaire

Espace Famille
Maison des Services Publics
110, boulevard Maréchal Joffre - 81100 Castres
Tél : 05 63 62 43 43
espace-famille@ville-castres.fr

Du lundi au vendredi
de 8h30 à 12h15 et de 13h30 à 17h

FICHE ENFANT 1



Enfant

Nom _____ Prénom _____

Garçon Fille - Né(e) le _____ à (ville) _____

Département _____ Pays _____

Adresse (si différente du représentant légal 1)

Adresse du domicile _____

Code postal _____ Ville _____

Contacts (y compris représentants légaux)

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant : _____ Tél. : _____

Allergies : asthme médicamenteuses alimentaires Autres _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates, les précautions à prendre ainsi que les recommandations utiles : _____

Autorisations

J'autorise :

● En cas d'accident ou d'urgence, le transfert de mon enfant vers l'établissement le mieux adapté.

Oui Non (La famille est immédiatement prévenue).

● La Ville de Castres à photographier et/ou filmer mon enfant et à utiliser gracieusement ces documents dans le cadre de la communication de la Ville.

Oui Non

Date et signatures des représentants :

FICHE ENFANT 2



Enfant

Nom _____ Prénom _____

Garçon Fille - Né(e) le _____ à (ville) _____

Département _____ Pays _____

Adresse (si différente du représentant légal 1)

Adresse du domicile _____

Code postal _____ Ville _____

Contacts (y compris représentants légaux)

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Nom _____ Prénom _____

Lien avec l'enfant _____ Tél. personnel _____ Tél. portable _____

Est autorisé à : Venir chercher l'enfant Etre prévenu en cas d'urgence

Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant : _____ Tél. : _____

Allergies : asthme médicamenteuses alimentaires Autres _____

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir : _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates, les précautions à prendre ainsi que les recommandations utiles : _____

Autorisations

J'autorise :

● En cas d'accident ou d'urgence, le transfert de mon enfant vers l'établissement le mieux adapté.

Oui Non (La famille est immédiatement prévenue).

● La Ville de Castres à photographier et/ou filmer mon enfant et à utiliser gracieusement ces documents dans le cadre de la communication de la Ville.

Oui Non

Date et signatures des représentants :