



# DOSSIER FAMILLE Année Scolaire 2020/2021

Cadre réservé à l'administration

Famille n°:

Coefficient Mairie :

Date retour du dossier :

Coefficient CAF au 01/01/2020 :

Date enregistrement du dossier :

## RESPONSABLE (S) DU OU DES ENFANTS

PARENT 1
NOM Marital : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Situation familiale actuelle :
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
<input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e )
Lien avec le(s) enfant(s) : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Autre : .....
Adresse : .....
.....
<input type="checkbox"/> INGRÉ <input type="checkbox"/> Hors Commune (préciser) : .....
.....
Tél Domicile : .....
Tél Portable : .....
N° allocataire CAF du Loiret * : .....
Employeur : .....
Tél Travail : .....
<input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> Régime Agricole <input type="checkbox"/> Régime Spéciaux
Email de contact et/ou pour la Facturation : .....
.....@ .....

PARENT 2
NOM Marital : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Situation familiale actuelle :
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e)
<input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé (e )
Lien avec le(s) enfant(s) : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Autre : .....
Adresse : .....
.....
<input type="checkbox"/> INGRÉ <input type="checkbox"/> Hors Commune (préciser) : .....
.....
Tél Domicile : .....
Tél Portable : .....
N° allocataire CAF du Loiret * : .....
Employeur : .....
Tél Travail : .....
<input type="checkbox"/> Régime Général <input type="checkbox"/> Régime Agricole <input type="checkbox"/> Régime Spéciaux
Email de contact et/ou pour la Facturation : .....
.....@ .....

Vous êtes déjà adhérent au Portail Famille

Vous souhaitez adhérer au Portail Famille et recevoir vos factures par mail.

**Justificatifs à joindre OBLIGATOIREMENT. Aucune photocopie ne sera faite sur place.**

Photocopie de l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 (pour les 2 membres du foyer).

⇒ Si l'adresse indiquée est autre qu'Ingré : fournir un justificatif de domicile Ingréen de moins de 2 mois.

En cas de garde alternée, photocopie de l'avis d'imposition 2019 sur les revenus 2018 du foyer des deux parents.

Je ne souhaite pas fournir mes ressources alors je fournis un justificatif de domicile de moins de 2 mois.

-----  
Accueil Mairie - Tél 02.38.22.85.22. mail : via le portail famille ou jeunesse@ingre.fr  
Tout dossier incomplet ne pourra être traité et vous sera retourné

# ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE DES FACTURES DES SERVICES PERISCOLAIRES

A remplir en cas de séparation entre les parents du ou des enfant(s) concerné(s) (joindre le jugement)

mode de garde :  
garde simple au domicile  du parent 1  du parent 2  
ou  garde alternée entre les deux parents

parent ayant l'autorité parentale :  
 parent 1  parent 2  les deux

Nom(s) et prénom(s) du(des) enfant(s) concerné(s) : .....

## PARENT 1 (identique à la page 1)

Je soussigné(e) : .....

atteste prendre en charge la facturation des prestations municipales pour l'année 2020/2021 comme suit :

### Restauration Scolaire

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Accueils Périscolaires matin et soir

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Accueil de Loisirs des Mercredis

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Petites vacances

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Vacances d'Été

- 1ère semaine  2ème semaine  3ème semaine  
 4ème semaine  5ème semaine  6ème semaine  
 7ème semaine  8ème semaine  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

Fait à Ingré, le

Signature :

## PARENT 2 (identique à la page 1)

Je soussigné(e) : .....

atteste prendre en charge la facturation des prestations municipales pour l'année 2020/2021 comme suit :

### Restauration Scolaire

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Accueils Périscolaires matin et soir

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Accueil de Loisirs des Mercredis

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Petites vacances

- semaines paires  semaines impaires  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

### Vacances d'Été

- 1ère semaine  2ème semaine  3ème semaine  
 4ème semaine  5ème semaine  6ème semaine  
 7ème semaine  8ème semaine  
 toutes les périodes  autres (fournir le planning)

Fait à Ingré, le

Signature :

Je soussigné(e) .....

- certifie exacts les renseignements portés au présent dossier
- certifie avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent dossier ainsi que celles du règlement intérieur
- m'engage à fournir au service Guichet Famille de la Mairie d'Ingré toutes modifications (adresse, personnes à prévenir ou autorisées à venir chercher l'enfant, n° de téléphone...) ou remarques susceptibles d'améliorer les rapports avec la famille.

Vous autorisez la Mairie à consulter les données relatives au coefficient caf, à imprimer le document et à le conserver.

\* Si votre n° Allocataire n'est pas complété, vous ne pourrez prétendre au Tarif Caf et aucune rétroactivité ne sera accordée.

Fait à Ingré, le

Signature:

La commune s'autorise à vérifier l'exactitude des informations fournies et peut demander tout justificatif complémentaire. Toute déclaration frauduleuse entraînera l'application du tarif Hors Commune.

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions aux activités périscolaires. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service jeunesse et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants: Trésor Public, CAF. Les données seront conservées pendant une durée de 10 ans.

Conformément au règlement (UE) 2016/679 «RGPD» et à la loi «informatique et libertés» du 06 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et limitation du traitement, d'effacement et de la portabilité de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données par voie électronique: dpo@ville-fleurylesaubrais.fr ou par courrier postal: Mairie d'Ingré, 14 place de la mairie, 45140 Ingré. Vous pouvez également faire une réclamation auprès des services de la CNIL: <https://www.cnil.fr/>



**Chaque mention est à compléter obligatoirement**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Date naissance : ..... Établissement : ..... Classe 2020/2021 : .....

Je soussigné(e) : ....., responsable légal de l'enfant : .....

1 - Certifie sur l'honneur que mon enfant est couvert pour tous les risques pouvant survenir durant les différentes périodes de fonctionnement des structures municipales  OUI  NON

**Attention** : Pour nous permettre d'accueillir votre enfant aux structures municipales, il est de votre responsabilité de contracter une assurance des dommages corporels.

2 - Accorde à la Mairie le droit à l'image dans le cadre uniquement des structures municipales  OUI  NON

3 - Autorise la Mairie à m'envoyer des informations par e-mail en lien avec la scolarité, les activités péri-scolaires ou extra-scolaires  OUI  NON

4 - Autorise mon enfant à partir seul à la fin des activités dégageant ainsi la ville d'Ingré de toutes responsabilités  
Accueils Périscolaires :  OUI  NON Accueil de loisirs (Mercredis et Vacances) :  OUI  NON

5 - Autorise les responsables des structures municipales à véhiculer mon enfant dans le cadre des activités organisées  OUI  NON

6 - Autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques (piscine, baignades, canoë,,,)  OUI  NON

7 - Autorise mon enfant à participer aux activités sportives  OUI  NON

8 - En cas d'urgence, j'autorise les organisateurs et les équipes de direction à prendre, toutes les mesures nécessaires, tant médicales que chirurgicales, après avis médical.  OUI  NON

Si oui, je m'engage à rembourser à la Mairie d'Ingré les frais médicaux, chirurgicaux ou pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon enfant.

9 - Votre enfant a-t-il des difficultés de santé :  OUI  NON

si oui le(s)quelle(s) .....

Régime alimentaire particulier  OUI  NON Allergie alimentaire  OUI  NON

si Oui lequel : ..... si Oui laquelle : .....

Traitement médical  OUI  NON Autre allergie  OUI  NON

si Oui lequel : ..... si Oui laquelle : .....

Important, en cas de difficultés de santé, allergie, traitement médical, une **Convention d'Accueil Spécifique** voire un **Protocole d'Accueil Individualisé** est **OBLIGATOIRE**. Celui-ci doit être complété par votre médecin et **joint à votre Dossier Famille**

Date de la Convention d'Accueil Spécifique : ..... Date du Protocole d'Accueil Individualisé : .....

10 - Votre enfant porte -t-il ?  des lunettes  des prothèses  des lentilles

11 - Date de la dernière injection du DT POLIO : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Vaccin obligatoire au titre de l'article T311-17, du code la santé.**

Sans ce vaccin à jour, nous vous informons qu'aucune inscription aux structures municipales ne sera acceptée.

Je soussigné(e) : .....

- certifie avoir pris connaissance des informations contenues à ladite fiche sanitaire
- certifie exacts les renseignements portés à la présente fiche sanitaire
- m'engage à fournir au service Guichet Famille de la Mairie d'Ingré toutes modifications (rappel du DT Polio, autorisation...)

Fait à Ingré, le

signature :



**INSCRIPTION AUX ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES 2020/2021**

Nom et prénom de l'enfant concerné : .....

Merci de préciser votre choix de gestion des inscriptions aux activités périscolaires de votre enfant :

- Je souhaite gérer les inscriptions **via le portail famille**. De ce fait, je ne rempli pas les inscriptions ci-dessous.
- Je souhaite gérer les inscriptions **sur le formulaire papier**. De ce fait, je rempli les demandes ci-dessous.

**RESTAURATION SCOLAIRE**

Votre enfant déjeunera-t-il ?  OUI, selon les modalités cochées ci-dessous  NON

tous les  lundi  mardi  jeudi  vendredi  occasionnellement (*planning ouvert sans jour défini*)

**ACCUEILS PERISCOLAIRES**

Votre enfant sera-t-il présent ?  OUI, selon les modalités cochées ci-dessous  NON

**ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MATIN**

(ouvert à partir de 7h30)

tous les  lundi  mardi  jeudi  vendredi

occasionnellement (*planning ouvert sans jour défini*)

**ACCUEIL PERISCOLAIRE DU SOIR**

(ouvert jusqu'à 18h30)

tous les  lundi  mardi  jeudi  vendredi

occasionnellement (*planning ouvert sans jour défini*)

**ACCUEIL DE LOISIRS DES MERCREDIS**

Votre enfant sera-t-il présent ?  OUI, selon les modalités cochées ci-dessous  NON

Matin avec Repas (8h30- \* Maternel : départ entre 13h00 et 13h30 \* Élémentaire : départ entre 13h15-13h45)

Journée (8h30-17h)  Après-midi avec Repas (11h30-17h)  occasionnellement (*plannings ouverts sans jour défini*)

Accueil avant centre (7h30-8h30)  Accueil après centre (17h-18h30)

**ACCUEILS DE LOISIRS DES VACANCES**

Les périodes d'inscriptions sont disponibles sur le site de la ville ou sur le portail famille.

**PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE, AUTRE QUE LES PARENTS DE L'ENFANT**

Nom, Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : ..... Tél 3 : .....

Nom, Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Tél 1 : ..... Tél 2 : ..... Tél 3 : .....

**PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A VENIR CHERCHER L'ENFANT, AUTRE QUE LES PARENTS DE L'ENFANT**

La personne autorisée doit présenter une pièce d'identité à la référente de la structure

Nom, Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Nom, Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

Fait à Ingré, le

Signature: