

Déposé le : .....

Ecole :

cadre réservé à l'administration

Saisi le : .....

Domino : Scan :

Base Eleve :



### DOSSIER RESIDENCE FAMILIALE À COMPLÉTER

**Parent 1 :** ..... (spécifier) **Autorité parentale** Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .../.../... à ..... Dépt : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone fixe : ..... Liste rouge Oui  Non

N° de téléphone portable : .....

Organisme versant les prestations familiales : CAF  MSA  Autres : .....

N° Allocataire : ..... Quotient familial : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

N° de téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....@.....

**Parent 2 :** ..... (spécifier) **Autorité parentale** Oui  Non

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : .../.../... à ..... Dépt : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° de téléphone fixe : ..... Liste rouge Oui  Non

N° de téléphone portable : .....

Organisme versant les prestations familiales : CAF  MSA  Autres : .....

N° Allocataire : ..... Quotient familial : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

N° de téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....@.....

### Situation Familiale

Situation familiale : Marié(e)  Veuf(ve)  Pacsé(e)  Divorcé(e)  Séparé(e)  Vie maritale  Célibataire

**Si Séparé :** lieu d'habitation de l'enfant Parent 1  Parent 2

Facturation Parent 1  Parent 2

Indemnité journalière de repas (si famille d'accueil) : .....€

Souhaitez vous une facturation dissociée oui  Non

Semaine paire : Parent 1  Parent 2

Semaine impaire : Parent 1  Parent 2

Nombre total d'enfants : .....

Nombre d'enfants à charge : .....

### FICHE ENFANT\*

Nom : ..... Prénom : .....

M  F

Né(e) le : .../.../... à ..... Dépt : ..... Nationalité : .....

Nom Prénom Parent 1 : .....

Adresse : .....

N° de téléphone fixe : ..... N° de téléphone portable : .....

Employeur : ..... N° de téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....@.....

Nom Prénom Parent 2 : .....

Adresse (si différente) : .....

N° de téléphone fixe : ..... N° de téléphone portable : .....

Employeur : ..... N° de téléphone professionnel : .....

Adresse mail : .....@.....

Etablissement scolaire : .....

Niveau de la classe : .....

Nom de la compagnie d'assurance scolaire : ..... N° de police : .....

#### Personne(s) autorisé(e)s à venir chercher l'enfant autre(s) que le(s) responsable(s) légal(aux)

| Nom / prénom | Adresse | N° de Tél 1 | N° de Tél 2 | Lien familial |
|--------------|---------|-------------|-------------|---------------|
|              |         |             |             |               |
|              |         |             |             |               |
|              |         |             |             |               |
|              |         |             |             |               |

#### Personne(s) à contacter en cas d'urgence (si différentes des personnes autorisées à venir chercher l'enfant)

| Nom / prénom | Adresse | N° de Tél | N° de Tél pro | Lien familial |
|--------------|---------|-----------|---------------|---------------|
|              |         |           |               |               |
|              |         |           |               |               |
|              |         |           |               |               |
|              |         |           |               |               |

#### Autorisations diverses

J'autorise l'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications ou expositions de la collectivité, dans le cadre de ses actions de communication, pour une durée indéterminée.      Oui       Non

Sorties      Oui       Non

Transports en car      Oui       Non

Transports avec le véhicules 9 places de la collectivité      Oui       Non

Transports avec le véhicule personnel de l'animateur      Oui       Non

Autorisation de rentrer seul après les activités scolaires et/ou périscolaires      Oui       Non

#### Brevet de Natation

Oui  Non

Si oui, merci de nous fournir une copie

#### Test anti-panique

Oui  Non

#### Commentaires

Si oui, merci de nous fournir une copie

# Fiche Sanitaire



Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

| Médecin traitant | Adresse | Téléphone | Ville |
|------------------|---------|-----------|-------|
|                  |         |           |       |

Autorisez vous le Traitement contre la Pédiculose (infestation de la peau par les poux) : Oui  Non

Groupe Sanguin : .....

Rhésus : .....

Votre enfant bénéficie t'il de l'AAEH :

Oui  Non

| Antécédents médicaux | Commentaires - Hospitalisations |
|----------------------|---------------------------------|
|                      |                                 |

| Régime alimentaire  | Commentaires                              |
|---|---|
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   |
| Allergie  | Commentaires                              |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   |
| Projet d'Accueil Individualisé (PAI)                      | Commentaires                              |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, fournir obligatoirement une copie |

| Vaccin Obligatoire               | Dernières vaccinations | Prochaine vaccination |
|----------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite |                        | ...../...../.....     |

| Traitement Médicamenteux                                  | Début             | Fin               | Commentaires |
|---|-------------------|-------------------|--------------|
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | ...../...../..... | ...../...../..... |              |

| Maladie spécifique  | Début             | Fin               | Commentaires |
|---|-------------------|-------------------|--------------|
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | ...../...../..... | ...../...../..... |              |

| Notes médicales et/ou recommandations utiles des parents |
|--|
|  |

\* Conformément à l'article 34 de la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez l'exercer en adressant un e-mail à famille@chateaugontier.fr ou par courrier à la mairie de Château-Gontier.

Je, soussigné (s) responsable de l' (es) enfants (s), déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier, et autorise, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale), rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire, de la garderie, de l'accueil de loisirs et des activités jeunesse (règlements disponibles sur simple demande auprès de vos structures ou téléchargeables sur le lien suivant : <https://chateaugontier.portail-familles.net/>)

A ..... Le .....

Mention "Lu et approuvé"  
Signature Parent 1

Mention "Lu et approuvé"  
Signature Parent 2

Afin de se mettre en conformité à ses obligations le Pays de Château Gontier vous soumet la signature du formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles.

Le RGPD (« règlement général sur la protection des données ») est un nouveau règlement européen qui encadre les règles de protection des données personnelles (règlement UE 2016/679), applicable au 25/05/2018.

## Formulaire de consentement pour le traitement de données personnelles



La Communauté de Communes du Pays de Château Gontier collecte et traite vos données personnelles au sein du logiciel Domino'Web.

Ce logiciel permet la gestion des structures scolaires, d'accueil, de loisirs et de temps libre.

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de/des enfant(s) .....  
.....

**Accepte le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants**

**N'accepte pas le traitement de mes données et/ou des données de mes enfants\***

Veuillez cocher la case correspondante si vous acceptez / n'acceptez pas le traitement de vos données,

En cas de refus, la collectivité se réserve le droit de ne pas accueillir votre ou vos enfant(s) dans ses structures. Veuillez-vous adresser à la Communauté de Communes du Pays de Château-Gontier :

[dpo@chateaugontier.fr](mailto:dpo@chateaugontier.fr)

Service Information et Communication  
Hôtel de Ville et de Pays

23 place de la République

02.43.09.55.55

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

*Vous pouvez exercer l'ensemble de vos droits relatifs à l'utilisation des données personnelles en adressant vos demandes à l'adresse suivante :*

*Service Enfance Périscolaire  
23 place de la république  
BP 402  
53200 Château-Gontier*

### Pièces à joindre au dossier :

- Copie du dernier bordereau (CAF ou MSA) justifiant vos droits aux prestations familiales.
- Copie de l'assurance périscolaire et extrascolaire.
- Copie du livret de famille.
- Copie du carnet de Santé (Vaccinations)
- Rib et Autorisation de prélèvement (obligatoire)**
- En cas de divorce ou de séparation, fournir le(s) jugement(s) précisant le lieu d'habitation
- En cas de PAI : Copie du certificat d'allergie, accompagné du PAI.