

PARENTS

RESPONSABLE LÉGAL 1

RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom	Nom
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Code postal/Commune	Code postal/Commune
Tél :	Tél :
Portable :	Portable :

SITUATION FAMILIALE PARTICULIÈRE (Divorce, séparation...)

Domiciliation régulière de l'enfant chez : M/Mme

Adresse

Tél

Garde habituelle des enfants :

En vertu d'une décision de justice pour l'un des parents (à fournir) oui non

En vertu d'un accord amiable entre les parents oui non

Autres cas (tuteur, grands-parents...) oui non

Rappel : dans le cadre de l'exercice en commun de l'autorité parentale (article 372-2 du code civil), chacun des parents a le devoir d'informer l'autre de toute modification importante relative à la vie de l'enfant et donc de tout changement relatif à sa scolarité.

INFORMATIONS DIVERSES

Nom de l'allocataire CAF

N° allocataire CAF

régime général

MSA (nom, n°)

La communication du n°CAF ne donne pas droit automatiquement à l'application d'un tarif réduit. Un document sur la restauration scolaire sera remis, en début d'année scolaire par le biais de l'école, aux familles domiciliées à Dax et aux familles non dacquoises ayant un enfant scolarisé en ULIS à Dax.

> ASSURANCE

Je soussigné(e) avoir souscrit pour mon(mes) enfant(s) une assurance responsabilité civile.

Nous vous rappelons que **l'assurance responsabilité civile est OBLIGATOIRE** et nous vous conseillons de souscrire une garantie accident.

CONTACTS

Personnes majeures autorisées à récupérer l'enfant, **hors responsables légaux.**

Le personnel des accueils pourra demander aux personnes autorisées de justifier de leur identité.

Nom, prénom	Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/>
Qualité (grand-parent, ami..)	
Téléphone	
Nom, prénom	Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/>
Qualité (grand-parent, ami..)	
Téléphone	
Nom, prénom	Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/>
Qualité (grand-parent, ami..)	
Téléphone	
Nom, prénom	Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/>
Qualité (grand-parent, ami..)	
Téléphone	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre(vos) enfant(s) (*nom et prénom*)
bénéficie(nt)-t-il(s) d'un P.A.I. (projet d'accueil individualisé) pour raison médicale.

Si oui, le dossier est à demander au(à la) directeur(trice) de l'école. oui non

> HABITUDES ALIMENTAIRES

Menu sans porc oui non

> VACCINATIONS

J'atteste que mon(mes) enfant(s) est(sont) à jour des vaccins inscrits au calendrier vaccinal obligatoire.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

> INFOS

Je souhaite recevoir par mail :

• la newsletter dédiée aux parents oui non

• les informations sur la programmation culturelle jeune public oui non

> DROIT À L'IMAGE

J'autorise les prises de vue photographiques et vidéos de mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités périscolaires et la publication des images sur les différents supports papier et numériques (site internet et réseaux sociaux) de communication de la ville de Dax. oui non