

Le Dossier Familial Unique (DFU) vous permet d'inscrire vos enfants aux activités péri et extrascolaires* puis de bénéficier des tarifs correspondants à votre situation familiale.

Les inscriptions se font **uniquement** sur dossier papier, pour en vérifier la complétude.

Vous avez la possibilité de déposer votre dossier en mairie du 12 juin 2024 au 13 juillet 2024 aux horaires d'ouverture au public

Tout dossier incomplet sera refusé.

ATTENTION :

Nous vous rappelons la nécessité de nous informer sur justificatif de tout changement d'adresse ou de situation maritale en cours d'année. Vous êtes autonomes pour modifier en ligne vos coordonnées (mail, téléphone...)

Je suis famille d'accueil (fournir votre attestation d'accueil).

REPRÉSENTANT(E) 1 (personne qui sera facturée)

Mme M. Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse du domicile :
.....
.....

Lien de parenté sur la famille : mère père belle-mère beau-père tuteur tutrice autre :

Situation familiale : marié(e) pacsé(e) vie maritale séparé(e) divorcé(e) célibataire veuf(ve)

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

Téléphone personnel : Tél portable :

Tél professionnel : Email :

REPRÉSENTANT(E) 2

Mme M. Nom : Nom de jeune fille :

Prénom : Date de naissance :

Adresse du domicile :
.....
.....

Lien de parenté sur la famille : mère père belle-mère beau-père tuteur tutrice autre :

Situation familiale : marié(e) pacsé(e) vie maritale séparé(e) divorcé(e) célibataire veuf(ve)

Profession : Employeur :

Adresse de l'employeur :

Téléphone personnel : Tél portable :

Tél professionnel : Email :

ALLOCATIONS FAMILIALES

N° d'allocataire :

Joindre obligatoirement l'attestation de paiement CAF datant de moins de 3 mois

Si vous ne percevez pas d'allocations familiales, cochez la case

* Périscolaire = restauration / transport / garderie avant et après l'école
Extrascolaire = ACM mercredi / vacances / séjours / espace jeunes

FICHE ENFANT 1

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____ Sexe : fille garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : représentant(e)1 représentant(e)2

Ecole 2024-2025 : _____ Classe : _____

ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul oui non

TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt oui non

RÉGIME ALIMENTAIRE Végétarien Sans Porc

Médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____

Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :

venir chercher l'enfant en périscolaire

venir chercher l'enfant en extrascolaire

être prévenu en cas d'urgence

FICHE ENFANT 2

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____ Sexe : fille garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : représentant(e)1 représentant(e)2

Ecole 2024-2025 : _____ Classe : _____

ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul oui non

TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt oui non

RÉGIME ALIMENTAIRE Végétarien Sans Porc

Médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____

Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :

venir chercher l'enfant en périscolaire

venir chercher l'enfant en extrascolaire

être prévenu en cas d'urgence

FICHE ENFANT 3

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____ Sexe : fille garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : représentant(e)1 représentant(e)2

Ecole 2024-2025 : _____ Classe : _____

ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul oui non

TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt oui non

RÉGIME ALIMENTAIRE Végétarien Sans Porc

Médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____

Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :

venir chercher l'enfant en périscolaire

venir chercher l'enfant en extrascolaire

être prévenu en cas d'urgence

*Si votre enfant présente un trouble de santé (pathologie, allergie alimentaire) ou un handicap, un Projet d'Accueil individualisé (PAI) doit être établi à chaque rentrée scolaire. Pour le temps scolaire et de la restauration, le PAI doit être signé par le directeur d'école (qu'il vous convient de contacter dès la rentrée scolaire). Pour les temps péri et extrascolaires, le PAI doit être signé par le médecin qui suit l'enfant. Afin d'accueillir les enfants en situation de handicap dans des conditions optimales, nous invitons les familles concernées à se rapprocher du service pour une inscription personnalisée. Veuillez contacter la Ville par email : guichetunique@ville-wavrin.fr

FICHE ENFANT 4

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____ Sexe : fille garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : représentant(e)1 représentant(e)2

Ecole 2024-2025 : _____ Classe : _____

ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul oui non

TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt oui non

REGIME ALIMENTAIRE Végétarien Sans Porc

Médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
	Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en périscolaire
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en extrascolaire
	<input type="checkbox"/> être prévenu en cas d'urgence
Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
	Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en périscolaire
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en extrascolaire
	<input type="checkbox"/> être prévenu en cas d'urgence

FICHE ENFANT 5

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____ Sexe : fille garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : représentant(e)1 représentant(e)2

Ecole 2024-2025 : _____ Classe : _____

ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul oui non

TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt oui non

REGIME ALIMENTAIRE Végétarien Sans Porc

Médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
	Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en périscolaire
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en extrascolaire
	<input type="checkbox"/> être prévenu en cas d'urgence
Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
	Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en périscolaire
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en extrascolaire
	<input type="checkbox"/> être prévenu en cas d'urgence

FICHE ENFANT 6

NOM : _____ **PRENOM :** _____

Date de naissance : _____ Sexe : fille garçon

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : représentant(e)1 représentant(e)2

Ecole 2024-2025 : _____ Classe : _____

ACCUEIL DE LOISIRS ELEMENTAIRE (MERCREDIS ET VACANCES SCOLAIRES) :

Mon enfant est autorisé à repartir seul oui non

TRANSPORT SCOLAIRE

Mon enfant est autorisé à repartir seul de l'arrêt oui non

REGIME ALIMENTAIRE Végétarien Sans Porc

Médecin traitant : _____

Téléphone du médecin : _____

Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
	Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en périscolaire
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en extrascolaire
	<input type="checkbox"/> être prévenu en cas d'urgence
Contacts autres que les représentant(e)s 1 & 2	Nom : _____ Prénom : _____
	Lien de parenté : _____ Tel personnel : _____
	Cochez-la ou les case(s) suivante(s) si vous autorisez le contact à :
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en périscolaire
	<input type="checkbox"/> venir chercher l'enfant en extrascolaire
	<input type="checkbox"/> être prévenu en cas d'urgence

*Si votre enfant présente un trouble de santé (pathologie, allergie alimentaire) ou un handicap, un Projet d'Accueil individualisé (PAI) doit être établi à chaque rentrée scolaire. Pour le temps scolaire et de la restauration, le PAI doit être signé par le directeur d'école (qu'il vous convient de contacter dès la rentrée scolaire). Pour les temps péri et extrascolaires, le PAI doit être signé par le médecin qui suit l'enfant. Afin d'accueillir les enfants en situation de handicap dans des conditions optimales, nous invitons les familles concernées à se rapprocher du service pour une inscription personnalisée. Veuillez contacter la Ville par email : guichetunique@ville-wavrin.fr

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e).....représentant(e) légal(e) de l'enfant ou des enfants mentionné(s) précédemment, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et notamment les informations médicales. Je m'engage à informer la Ville de Wavrin de tout changement relatif aux renseignements fournis qui interviendrait au cours de l'année. J'autorise mon ou mes enfants à participer à toutes les activités et sorties, et autorise les responsables des structures à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). La ville de Wavrin décline toute responsabilité en cas d'informations erronées ou incomplètes figurant dans ce dossier. J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur des accueils (disponible sur www.wavrin.fr) et m'engage à le respecter. Le projet pédagogique sera à votre disposition, sur demande, dans les structures, le 1er jour de l'accueil.

Dans le cadre des activités péri et extrascolaires, votre enfant peut être photographié ou filmé en vue de publication ou diffusion (site internet, réseaux sociaux de la commune, Wavr'infos).

Merci de nous préciser votre choix :

- J'autorise la prise de vue de mon enfant (pour une durée d'utilisation de maximum 10 ans pour la diffusion en ligne).
- Je refuse la prise de vue de mon enfant (auquel cas, un floutage de tout élément permettant d'identifier votre enfant sera fait pour préserver son anonymat).

Fait à

Le

Lu et approuvé
NOM et PRENOM

PIÈCES OBLIGATOIRES À FOURNIR

Pièces à joindre pour ouvrir l'accès aux activités péri et extrascolaires:

- Avis d'imposition 2023 **complet** du foyer (sur les revenus 2022)
- Attestation de paiement CAF de moins de trois mois (montant des allocations familiales perçues, le quotient CAF n'est pas utilisé)
- Fiche sanitaire de liaison annexée, **avec copie du carnet de vaccination**

En l'absence d'avis d'imposition et d'attestation CAF remis dans les délais, le tarif maximum sera appliqué

CONTACTS

- **INSCRIPTIONS / RESERVATIONS / ANNULATIONS (VOIR PROCEDURE D'INSCRIPTION SUR LE PORTAIL FAMILLE) :**

Mairie de Wavrin – place de la république 59136 Wavrin 03 20 58 57 57 (choix n°1) – guichetunique@ville-wavrin.fr

- **RENSEIGNEMENTS SUR LE FONCTIONNEMENT DES ACCUEILS :**

Mairie de Wavrin – Service Enfance - Jeunesse

Groupe scolaire Simone Veil – Avenue de l'Europe - 03 28 55 37 00 - Sur rendez-vous.

- **RENSEIGNEMENTS SUR LE FONCTIONNEMENT DE LA REGIE AUX HORAIRES D'OUVERTURE DE LA REGIE MUNICIPALE :**

Mairie de Wavrin - place de la république 59136 Wavrin 03 20 58 57 57 (choix n°4)

Ou par mail à regiesmunicipales@ville-wavrin.fr

Horaires :

Mercredi et vendredi : 8h45-11h30 / 15h00-17h15

Samedi : 8h45-12h15



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

**Joindre obligatoirement la copie
du carnet de vaccination**

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE- INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :