

Fiche renseignements FAMILLE

N° dossier	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> BEAU-PÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> MÈRE <input type="checkbox"/> BELLE-MÈRE <input type="checkbox"/> AUTRE
Situation des parents	<input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf(ve)	
Nom		
Prénom		
Adresse complète		
Tél. portable		
Tél. domicile		
Tél. travail		
@ Courriel		
Profession		
Employeur Nom et adresse		
<input type="checkbox"/> Numéro CAF (Caisse d'Allocation Familiale) : _____ <input type="checkbox"/> Numéro MSA (Mutuelle Sociale Agricole) : _____		
Nombre d'enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____	

Les enfants à charge

Nom	Prénom	Date de naissance

CE DOCUMENT NE FAIT PAS OFFICE DE RÉSERVATION

Règlement de Fonctionnement

Nous soussignés _____

- ◆ Nous engageons à respecter le règlement intérieur des accueils de mineurs à caractère éducatif de la CCPOH.
- ◆ Nous engageons à signaler tout changement de situation (adresse, emploi, n° de téléphone...),
- ◆ Nous engageons à fournir tous documents administratifs nécessaires à la mise à jour de mon dossier,
- ◆ Nous engageons à respecter le paiement des prestations utilisées,

Autorisation de consultation du site CAFPRO

Autorisons la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

OUI NON

À _____, le ____ / ____ / ____

Mention « lu et approuvé »

Signature des représentants légaux

Autorisation de partage de données à la CAF

Conformément à l'article 6-4 de la convention d'objectifs et de financement avec la CAF de l'Oise, la participation à l'enquête Filoué (Fichier Localisé des enfants Usagers d'Eaje) est rendue obligatoire depuis 2020. Les données personnelles des familles sont utilisées à des fins exclusivement statistiques et dans le respect de la réglementation sur l'obligation et le secret en matière de statistiques et d'informatique actuellement en vigueur. Au regard de l'article 1er du RGPD vous pouvez faire valoir vos droits d'opposition à la transmission de vos données à la CAF.

Autorisons la direction à transmettre à la CAF de l'Oise nos données personnelles à des fins exclusivement statistiques.

OUI NON

À _____, le ____ / ____ / ____

Mention « lu et approuvé »

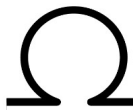
Signature des représentants légaux

Le Président de la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte a désigné l'ADICO à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données. Les données sont uniquement destinées à la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée de 12 mois. Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter la Direction de la communication par mail à communication@ccpoh.fr ou à l'adresse postale CCPOH 1 rue d'Halatte - BP 20255 – 60722 Pont-Sainte-Maxence. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

Pôle services intercommunal

1 Place Le Châtelier - BP 40256
60700 Pont-Sainte-Maxence
Tél. 03 44 29 48 80
Fax. 03 44 29 48 79
Mail : poleservices@ccpoh.fr





PÔLE
SERVICES

Service Enfance Fiche de renseignements ENFANT

Dossier reçu le :

Photo
à
coller

Nom et Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : | ____ / ____ / ____ | Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

École : _____ Classe : _____

	PÈRE	MÈRE	Personnes autorisées	
			Nom Prénom	Téléphone
Nom				
Prénom				
Tél. Portable				
Tél. Travail				
@ Mail				
Autre personne à contacter en cas d'urgence				

Nous soussignés _____

Remplir l'autorisation ci-dessous :

Autorisons notre enfant à participer à des sorties organisées par la structure. **OUI** **NON**

Autorisons le personnel de la CCPOH à transporter notre enfant en véhicule (bus ou navette) dans le cadre des activités mises en place par le service. **OUI** **NON**

Autorisons la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants : publication dans le magazine intercommunal, documents destinés à promouvoir le service et la CCPOH en général, exposition photos dans le cadre des fêtes de fin d'année, anniversaire des enfants..., site internet de la CCPOH, promotion du service et de ses activités dans la presse quotidienne régionale.

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vue ne seront pas exploitées dans un but commercial. La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI **NON**

Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement et s'engageons à respecter toutes les clauses.

OUI **NON**

Pour les enfants à partir de 6 ans ou entrée en CP :

Autorisons notre enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus jusqu'à son domicile **OUI** **NON**

Autorisons notre enfant à rentrer seul du lieu d'accueil jusqu'à son domicile **OUI** **NON**

Mention « lu et approuvé »

Signature des représentants légaux

Renseignements médicaux

Médecin traitant _____ N° de Tél : _____

Adresse _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Port de lunettes OUI ⇒ Précisez : _____ NON

Prothèse dentaire OUI ⇒ Précisez : _____ NON

Prothèse auditive OUI ⇒ Précisez : _____ NON

Autre _____

RÉGIME ALIMENTAIRE :

Normal Repas sans viande Repas sans porc

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES : OUI (*Merci de fournir le P.A.I.*) NON

Asthme OUI ⇒ Précisez : _____ NON

Médicamenteuse : _____

Alimentaire : _____

Autre : _____

(Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir)

L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MÉDICAL : NON OUI au centre à la maison

Si OUI (au centre), joindre la photocopie de l'ordonnance médicale 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole Coqueluche Varicelle Rougeole Otite Scarlatine Oreillons

- ◆ Déclarons avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de notre enfant par le service Enfance de la CCPOH et certifions qu'il est actuellement apte à y séjourner, à y pratiquer les activités et les sorties.
- ◆ Déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.
- ◆ S'engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille et des frais médicaux d'hospitalisation et d'opérations éventuelles non remboursés par la sécurité sociale.

À _____, le ____ / ____ / _____

Mention « lu et approuvé »

Signature des représentants légaux

Les accueils de loisirs (périscolaire, mercredis loisirs et vacances) ont un nombre de places limité par commune.

Il s'agit d'un service facultatif proposé par la CCPOH

Le Président de la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte a désigné l'ADICO à Beauvais (60000), 5 rue Jean Monnet en qualité de délégué à la protection des données. Les données sont uniquement destinées à la Communauté de Communes des Pays d'Oise et d'Halatte et ne sont transmises à aucun tiers. Elles sont conservées pour une durée de 12 mois. Conformément aux articles 15 à 22 du règlement 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité des données vous concernant. Pour exercer ces droits, nous vous invitons à contacter la Direction de la communication par mail à communication@ccpoh.fr ou à l'adresse postale CCPOH 1 rue d'Halatte - BP 20255 - 60722 Pont-Sainte-Maxence. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation en ligne ou par voie postale à la CNIL.

Pôle services intercommunal

1 Place Le Châtelier - BP 40256
60700 Pont-Sainte-Maxence
Tél. 03 44 29 48 80
Fax. 03 44 29 48 79
Mail : poleservices@ccpoh.fr



**NOUVEAU DOSSIER
DOCUMENTS À FOURNIR PHOTOCOPIÉS**

✓ **Fiche de renseignements: FAMILLE**

✓ Avis d'imposition **2020** sur les revenus de l'année **2019** (M. et Mme) **RECTO/VERSO**

✓ Pièce d'identité: (M. et Mme)

- Carte d'identité nationale recto-verso
- Ou passeport
- Ou titre de séjour
- Ou acte intégrale de naissance (- de 3 mois)

✓ Livret de famille **complet**

Jugement de divorce précisant les droits de pension alimentaire et de garde de l'enfant

Attestation sur l'honneur pour les personnes vivant seules et touchant ou pas une pension alimentaire

✓ Justificatif de domicile de moins de 3 mois

✓ **Fiche de renseignements: ENFANT**

✓ Attestation d'assurance 2020 / 2021 « responsabilité civile et individuelle accident » au nom de l'enfant

✓ Pages vaccins du carnet de santé (**lisibles et à jour**)

✓ Photo récente de l'enfant

P.A.I = Programme d'Accueil Individualisé