



## 2 Personnes vivant au foyer

MONSIEUR		MADAME	
<input type="checkbox"/> père	Etat-civil		<input type="checkbox"/> mère
M. ....	Mme .....		
Prénom .....	NOM d'usage .....	Prénom .....	
Situation matrimoniale			
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacs <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Séparation <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Veuf / ve			
Coordonnées			
Adresse			
n° ..... voie .....			
CP 34970 <input type="checkbox"/> Lattes Centre <input type="checkbox"/> Maurin <input type="checkbox"/> Boirargues   : CP [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....			
Téléphone du domicile [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> cocher si liste rouge			
Portable personnel [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> cocher si liste rouge	Portable personnel [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> cocher si liste rouge		
Mail EN MAJUSCULES lisibles : .....@.....	Mail EN MAJUSCULES lisibles : .....@.....		
Profession .....	Profession .....		
Employeur .....	Employeur .....		
Téléphone Bureau [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Téléphone Bureau [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
Portable pro. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Portable pro. [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
Autorisations			
Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Payeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Payeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

## 3 Organisme d'allocation familiale

<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> autre : .....	
Numéro d'allocataire de <input type="checkbox"/> madame <input type="checkbox"/> monsieur : 	Ville : .....
Département ou clé : [ ][ ]	Nombre d'enfant(s) rattaché(s) au foyer : [ ][ ]

## 4 Liste des documents à fournir Présenter les copies & originaux lors du dépôt du dossier

Pièces obligatoires		ADMIN
Copie de la Carte Nationale d'identité ou copie du passeport du père.		
Copie de la Carte Nationale d'identité ou copie du passeport de la mère.		
Copie <b>intégrale</b> du livret de famille ou acte de naissance de(s) enfant(s) <b>en langue Française.</b>		
<b>2 Justificatifs de domicile:</b>		
<b>Nouveaux arrivants :</b> Copie du bail <b>en cours</b> tamponné et signé par l'agence ou attestation notariale de vente + Contrat ou facture EDF ou téléphonie fixe.		
<b>Domiciliés à lattes depuis plus d'un an :</b> Copie d'un justificatif fiscal (Taxe d'Habitation ou Taxe Foncière ou dernier avis d'imposition) + Facture EDF ou téléphonie fixe datant de moins de 3 mois ou Assurance Habitation en cours.		
<b>Pour les personnes qui sont hébergées par un tiers :</b> Attestation Cerfa d'hébergement, avec copie de la pièce d'identité de l'hébergeur accompagnée des 2 justificatifs de domicile cités ci-dessus.		
Copie assurance scolaire avec mention <u>couvrant les activités extrascolaires et de loisirs.</u>		
Fiche(s) individuelle(s) renseignée(s) et signée(s) par les deux parents.		
Copie vaccin DTP à jour <b>avec nom et prénom visibles.</b>		
Quotient familial à jour auprès de la CAF avec justificatif N° CAF. MSA, copie avis d'imposition N-1 de chaque parent. <b>En l'absence de justificatifs, le tarif maximum sera appliqué.</b>		
Pour parents séparés ou divorcés		
Copie du dernier jugement concernant les modalités d'exercice de l'autorité parentale, et notamment de la résidence de l'enfant.  <b>En l'absence de jugement :</b> Merci de nous fournir un calendrier de garde signé par les deux parents.		
Pièces complémentaires		
Votre attestation Aide aux loisirs		

## 5 Des formulaires complémentaires sont à votre disposition.

Vous pouvez les retirer au Guichet Familles ou les télécharger [www.ville-lattes.fr](http://www.ville-lattes.fr)

Formulaires facultatifs		ADMIN
Demande de dérogation scolaire		
Demande de régime spécifique pour raisons culturelles		
Attestation tarif maximum		
Demande de ramassage scolaire		
Actualisation du dossier unique		
Attestation test d'aisance aquatique		

**RESERVE A L'ADMINISTRATION**

- dérogation  régime spécifique  Pai  actualisations

Pièces à joindre pour dossier déjà existant :

- Dtp  Assurances  1 photo si Alsh 3/5 ans



Guichet familles

**FICHE INDIVIDUELLE**

1 FICHE PAR ENFANT

NOM en MAJUSCULE et prénom de l'enfant

classe

- Baladet  Castelle  Cougourlude  Grand Tamaris  Port Ariane  Alsh 3/12 ans  Alsh 12/17 ans  collège  lycée

**1 L'enfant**

**Etat-civil et coordonnées**

- garçon  fille Habite chez :  père  mère

NOM .....

Prénoms .....

Né(e) le [ ]/[ ]/[ ] à ..... Département [ ]

**2 Responsables légaux**

- Ce sont les personnes vivant au foyer déjà indiquées dans le formulaire foyer > Ne pas remplir le tableau ci-dessous.  
 Au moins l'un d'entre-eux ne vit pas au foyer > Remplir le tableau ci-dessous :

PERE		MERE	
Etat-civil <input type="checkbox"/> père	Etat-civil <input type="checkbox"/> mère		
M. ....	Mme .....		
Prénom .....	NOM d'usage .....		
	Prénom .....		
Situation matrimoniale des parents			
<input type="checkbox"/> séparés <input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> veufs			
Situation matrimoniale actuelle		Situation matrimoniale actuelle	
<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> veuf <input type="checkbox"/> séparé	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> divorcée <input type="checkbox"/> mariée	<input type="checkbox"/> pacsée <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> veuve <input type="checkbox"/> séparée
Coordonnées		Coordonnées	
Adresse		Adresse	
n° ..... voie.....		n° ..... voie.....	
CP 34970 <input type="checkbox"/> Lattes Centre <input type="checkbox"/> Maurin <input type="checkbox"/> Boirargues		CP 34970 <input type="checkbox"/> Lattes Centre <input type="checkbox"/> Maurin <input type="checkbox"/> Boirargues	
Ou autre : CP [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....		Ou autre : CP [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....	
Téléphone Domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Téléphone Domicile [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
<input type="checkbox"/> cocher si liste rouge		<input type="checkbox"/> cocher si liste rouge	
Portable perso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Portable perso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
<input type="checkbox"/> cocher si liste rouge		<input type="checkbox"/> cocher si liste rouge	
Mail .....@.....		Mail .....@.....	
Profession .....		Profession .....	
Employeur .....		Employeur .....	
Téléphone Bureau [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Téléphone Bureau [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
Portable professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		Portable professionnel [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
Autorisations		Autorisations	
Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prévenir en cas d'urgence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Payeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Payeur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

### 3 Informations médicales

#### Antécédents médicaux et informations diverses

**Allergies :**  médicamenteuses  alimentaires (si oui, établir un PAI)  autres : .....

Précisez : .....

#### Difficultés de santé

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :  Coqueluche  Oreillons  Rougeole  Rubéole  Scarlatine  Varicelle

L'enfant a-t-il fréquemment :  Angine  Asthme  Rhumatisme  Otite

Précisez les maladies, accidents, crises, hospitalisations, rééducations, avec leur date et précautions nécessaires :

.....  
 .....

**L'enfant porte-t-il :**  des lunettes  un appareil dentaire  autres, précisez : .....

**Intimité :**  L'enfant mouille son lit  est réglé, s'il s'agit d'une fille

**Régime spécifique :**  (joindre le formulaire « régime spécifique culturel »)

#### Médecin traitant

M  Mme ..... n° ..... voie .....

téléphone | | | | | | | | | | | | | | | |

portable | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |

### 4 Contacts autorisés autres que les parents

URG REC	URG ... à prévenir en cas d'urgence si absence des parents			REC ... pouvant récupérer l'enfant
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

cocher NOM Prénom lien parenté téléphone

### 5 Autorisations

OUI NON	Les deux dernières autorisations sont consenties à titre gratuit et ne donnent en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit. Elles courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise le garant à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant tel que hospitalisation, traitement médical ou chirurgical
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise mon enfant à être transporté par les véhicules utilisés par la Commune de Lattes, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes les activités organisées auxquelles il est inscrit.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise la Mairie de Lattes à diffuser le prénom et les productions artistiques de mon enfant.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	J'autorise la Mairie de Lattes à publier, exposer ou diffuser les photographies ou vidéos représentant mon enfant.

### 6 Assurances

Sécurité sociale :  CPAM  MSA  MFP  autre : .....

Numéro : | | | | | | | | | | | | | | | | Responsable :  mère  père

Assurance couvrant l'enfant  à fournir chaque année (portant mention « activités de loisirs et extra-scolaires » et période de validité)

Nom : ..... Numéro : .....

« Nous soussignons,  
 Mr .....  
 Mme .....  
 responsables légaux de l'enfant,  
 déclarons l'exactitude de ces informations »

.....  
 .....  
 Signature Père Signature Mère

fait à : .....  
 le : | | | | / | | | | / 20 | | | |