

## AUTORISATIONS ET CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de : .....

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des différents services organisés par Terre de Picardie et :

- m'engage à ne pas diffuser de photos autres que celles de mon enfant sur les réseaux sociaux
- m'engage à régler le montant des prestations auxquelles mon enfant participera
- décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les horaires d'ouverture ou de fermeture.
- certifie avoir donné tous les renseignements concernant l'état de santé de mon enfant
- m'engage à signaler à TdP tout changement de situation de la famille ou de l'enfant
- m'engage à respecter le règlement intérieur\* mis en place pour le bon fonctionnement des services
- m'engage à inscrire **chaque année** mon enfant pour le transport scolaire (si besoin) sur [somme.transportscolaire.hautsdefrance.fr/usager](http://somme.transportscolaire.hautsdefrance.fr/usager)

Par ailleurs, j'autorise :

- mon enfant à participer aux différentes activités et sorties (sans moyen de transport) proposées par les organisateurs : OUI  NON
- les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales ...) OUI  NON
- Terre de Picardie à **utiliser l'image et/ou la vidéo de mon enfant** pour la période scolaire 2023 – 2024 (scolaire et extrascolaire) sous les formes suivantes : exposition photo, diaporama, site internet de Terre de Picardie, réseaux sociaux dédiés à TdP, et que ce soit communiqué au public, conformément à la loi relative au droit à l'image (article 9 du code civil) OUI  NON
- les organisateurs à me communiquer diverses informations  
Par mail  NON  Par sms  NON

Le .....2024      À.....

**Signature du responsable de l'enfant :**



Ecole : ..... Classe : .....

Nom : .....Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

## DOSSIER UNIQUE 2024 - 2025

	Responsable <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Responsable <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Autre responsable : <input type="checkbox"/> Beau père <input type="checkbox"/> Belle mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil
Nom et prénom			
Adresse complète			
☎ mobile			
☎ professionnel			
Adresse mail	..... @.....	..... @.....	..... @.....

Garde de l'enfant (en cas de séparation)	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Alternée <input type="checkbox"/>
<b>(joindre copie du droit de garde déterminant le lieu de résidence de l'enfant)</b>			

Régime sécurité sociale	Général <input type="checkbox"/>	Agricole <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
N° Allocataire (CAF ou MSA)	.....	Quotient familial : .....*	

\* J'accepte la vérification des informations notées via **CAF Pro** (uniquement régime général) OUI  NON

**Attention, en cas de refus, le tarif le plus élevé sera appliqué / Si MSA, joindre une attestation de quotient familial**

Nom de votre compagnie d'assurance (scolaire ou responsabilité civile) : .....	N° de contrat : .....
---	--------------------------

### Personnes habilitées à prendre en charge mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence

Nom et prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant



La CAF et la MSA participent financièrement au fonctionnement  
des accueils périscolaires et extrascolaires

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant de votre enfant (facultatif) : .....

Commune : .....Téléphone : .....

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

- Allergie alimentaire OUI  NON  Si oui, à quoi : .....
- Allergie médicamenteuse OUI  NON  Si oui, à quoi : .....
- Asthme OUI  NON
- Diabète OUI  NON
- Epilepsie OUI  NON
- Autres (handicap, troubles du comportement, suivi spécialisé...): OUI  NON   
Si oui, quoi : .....



Le trouble de santé nécessite-t-il un traitement médical particulier OUI  NON

Lequel : .....

Le trouble de santé entraîne-t-il une conduite particulière en cas d'urgence ?

OUI  NON

Si oui, laquelle : .....

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est-il mis en place pour votre enfant ?

OUI  NON

*Si oui, merci d'en joindre une copie au dossier*

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes OUI  NON

Des lentilles OUI  NON

Un appareil dentaire OUI  NON

Un appareil auditif OUI  NON

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier :

Sans porc OUI  NON

Sans viande OUI  NON

## VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	AUTRES VACCINS	Date du dernier rappel
DTP + coqueluche		Rougeole - Oreillons -Rubéole	
Prévenar		Hépatite B (Engerix / HBVax pro)	
Neisvac / Méningitec		BCG	

## ARRIVEE ET DEPART DE VOTRE ENFANT

Mon enfant prendra le	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Où monte - t - il ? (préciser l'arrêt) : .....
Mon enfant prendra le bus le <b>soir</b>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Où descend - il ? (préciser l'arrêt) .....

**Si mon enfant a PLUS DE 6 ANS**, je l'autorise à repartir seul :

A la sortie de l'école OUI  NON \*

A la descente du bus OUI  NON \*

A la sortie du périscolaire OUI  NON \*



\*Si non, je viens le chercher ou j'autorise une des personnes habilitées à récupérer mon enfant

**ATTENTION, inscription au bus scolaire à renouveler chaque année**  
sur : [somme.transportscolaire.hautsdefrance.fr/usager](http://somme.transportscolaire.hautsdefrance.fr/usager)

## PAIEMENT et PRÉLÈVEMENT

Les factures sont disponibles en début de mois pour les prestations du mois précédent. Vous pouvez les régler en carte bancaire sur votre portail famille, par chèque ou en espèces.

Vous pouvez opter pour le **prélèvement automatique** (fait le 15 de chaque mois). Il suffit de fournir un RIB et de nous retourner signées les autorisations de prélèvement que l'on vous enverra une fois vos informations bancaires enregistrées. Les prélèvements sont automatiquement reconduits chaque année scolaire.

Je soussigné(e) .....

Responsable légal de : .....

Souhaite régler par prélèvement automatique (joindre un RIB, sauf si déjà fourni)

les factures de cantine OUI  NON

les factures de périscolaire OUI  NON

les factures d'accueil de loisirs OUI  NON

**Signature du responsable de l'enfant :**

