



Ecole : Classe :

Nom : Prénom :

Date et lieu de naissance :

DOSSIER UNIQUE 2025 - 2026

	Responsable ☐ Père ☐ Mère	Responsable ☐ Père ☐ Mère	Autre responsable : ☐ Beau père ☐ Belle mère ☐ Famille d'accueil
Nom et prénom			
Adresse complète			
☎ mobile			
☎ professionnel			
Adresse mail	@.....	@.....	@.....
Garde de l'enfant (en cas de séparation)	Père ☐ Mère ☐ Alternée ☐ (joindre copie du droit de garde déterminant le lieu de résidence de l'enfant)		

Régime sécurité sociale	Général ☐ Agricole ☐	Autre ☐
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**

Compagnie d'assurance (scolaire ou responsabilité civile) :

.....

N° de contrat :

.....

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 :



Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH

OUI ☐

NON ☐

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	Date du dernier rappel	VACCINS	Date du dernier rappel
DTP + coqueluche (Infanrix / Hexyon)		Rougeole - Oreillons -Rubéole (priorix)	
Pneumocoque (Prévenar)		Neisvac / Méningitec (méningocoque C)	
Hépatite B (Engerix / HBVax pro)		BCG	

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

ARRIVÉE ET DÉPART DE VOTRE ENFANT

Mon enfant prendra le bus le matin	OUI ☐ NON ☐	Où monte - t - il ? (préciser l'arrêt) :
Mon enfant prendra le bus le soir	OUI ☐ NON ☐	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 des accueils OUI ☐ NON * ☐

Périscolaires et extrascolaires



*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

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.

**TOUTE FACTURE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE VERIFICATION AVANT PAIEMENT.
MERCI DE NOUS CONTACTER EN CAS D'ERREUR**

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

approuve le règlement intérieur des services consultable sur le site internet de Terre de Picardie

m'engage à inscrire **chaque année** mon enfant pour le transport scolaire (si besoin) sur somme.transportscolaire.hautsdefrance.fr/usager

Par ailleurs, j'autorise :

mon enfant à participer aux différentes activités et sorties 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 2025 – 2026 (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 courrier, mail et / ou sms :

OUI

☐

NON

☐

Le .2025

À

Signature du responsable de l'enfant :



PRÉFET
DE LA SOMME

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DE LA COHÉSION SOCIALE



santé
famille
retraite
services



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

