



Dossier unique d'inscription Déclaration de mise à jour

A COMPLETER INTEGRALEMENT RECTO-VERSO



La mise à jour annuelle est obligatoire. Les données saisies pour l'obtention ou la validation de la Carte Nice Plus ne sont valables que pour une année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

ENFANT			
NOM :			
Prénom :		Date de naissance :	
Adresse de résidence :			
Autorisation de quitter le centre de loisir seul (barrer la mention inutile) :		OUI	NON

RESPONSABLE LEGAL 1			
NOM :		Prénom :	
Téléphone Mobile :		Téléphone fixe :	
E-mail :			

RESPONSABLE LEGAL 2			
NOM :		Prénom :	
Téléphone Mobile :		Téléphone fixe :	
E-mail :			

SITUATION DU FOYER				
Nombre d'enfant(s) à charge :		N° allocataire CAF 06 :		
Si vous relevez d'un régime spécifique, veuillez le signaler ci-dessous (barrer les mentions inutiles) :				
Monaco	SNCF	MSA	Maritime	Autre
Merci de signaler tout changement intervenu dans la situation du foyer (nouveau lieu de résidence, recomposition, situation administrative ...) depuis la dernière mise à jour :				
Cadre réservé à l'administration	QF :	Au : / /	Vu le : / /	Par :

Pièces à joindre obligatoirement à la déclaration de mise à jour :

- 1 photo,
- Pour les allocataires du régime général CAF des Alpes-Maritimes : dernière attestation de quotient familial, ou de paiement. Pour les allocataires qui relèvent d'un des régimes spécifiques listés ci-dessus : dernière attestation de paiement **et** avis d'imposition de tous les membres actifs du foyer.
- Pour les usagers qui ne disposent pas d'un numéro allocataire CAF régime général ou régime spécifique : le dernier avis d'imposition provenant de l'administration fiscale, de tous les membres actifs du foyer.
- En l'absence de ces documents, le tarif plafond est systématiquement applicable ; le tarif plafond est par ailleurs applicable aux résidents hors Nice.

Je soussigné(e), (nom et prénom) _____ déclare et certifie que les informations fournies sur cette fiche sont exactes et m'engage à fournir à l'administration toutes les pièces justificatives, si tel est demandé.

DATE :

SIGNATURE :

Veuillez nous renvoyer cette déclaration remplie recto-verso avec les pièces jointes à l'adresse suivante : **Mairie de Nice – Direction de l'Education et de la Jeunesse – Service Jeunesse / DUI – 06364 NICE CEDEX 4**, ou la déposer sur son lieu de retrait.

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Garçon Fille

4B

Photo
A joindre
obligatoirement

Informations médicales

Vaccin obligatoire	Oui	Non	Date des derniers rappels
DT Polio			

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant).

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

Scarlatine Otite Rougeole Rubéole
 Oreillons Coqueluche Varicelle Rhumatisme Autres maladies

L'enfant est-il allergique ?

Alimentaires Asthme Médicamenteuses Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Protocole de prise en charge médicalisé : Oui Non

L'enfant suit-il un régime alimentaire médical : Oui Non

Si oui, lequel ? _____

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation). En précisant les dates et les précautions à prendre.

Votre enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

Précautions à prendre pour certaines activités physiques et renseignements

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez).

Antécédents particuliers : fracture, entorse, autres (précisez) : _____

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Autorisation annuelle de prise en charge médicalisée et personnes à contacter

Responsable légal à contacter prioritairement :

Nom : _____ Lien de parenté : _____

Tél. portable : _____ Tél. domicile : _____

Tél. professionnel : _____ Autres numéros : _____

Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

Aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription et l'emballage d'origine (sauf cas exceptionnel)