



## DOSSIER UNIQUE

### ENFANCE – JEUNESSE - FAMILLE

**NOM DE FAMILLE :**

.....

Chers parents,

Pour faciliter vos démarches, la municipalité de Berre l'Étang met à votre disposition depuis 2018 un service innovant et efficace : **l'Espace Famille**, constitué d'un accueil physique, situé Centre administratif entrée Marthoméla - Rez de chaussée et d'un accueil dématérialisé en ligne, via le site internet municipal [www.berreletang.fr](http://www.berreletang.fr).

Pour accéder à l'Espace Famille, merci de retourner rempli le présent dossier. Après saisie, **vous recevrez par mail un code secret personnel** qui vous permettra d'accéder facilement à votre espace familial en ligne.

L'accès à ce service par l'intermédiaire du site internet vous permet **d'effectuer une majorité des opérations depuis votre domicile 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.**

Il vous permet en particulier de régler différentes prestations municipales (crèches, centres de loisirs, séjours vacances d'été, garderie...). De nouveaux modes de paiements sont possibles : prélèvements automatiques (pour certaines prestations), paiement en ligne sécurisé.

Pour autant, les paiements en espèces ou chèques au guichet physique sont maintenus.

#### Cadre réservé à l'administration

Date du dépôt du dossier : .....

Saisi le : .....

Matricule N° : .....

Observations :

## Notice explicative :

### 1/ Pour compléter le dossier, les justificatifs suivants sont **obligatoires** :

- Livret de famille
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (ex : quittance de loyer, facture énergie, eau, facture box internet, attestation CAF, attestation sécurité sociale...)
- RIB (pour les personnes adhérant au prélèvement automatique)

### 2/ Pièces justificatives pour chaque enfant :

- Copie du carnet des vaccinations (**obligatoire**)
- Attestation d'assurance scolaire – extra-scolaire – responsabilité civile (**obligatoire**)
- Document attestant de la détention de l'autorité parentale, si l'autorité n'est plus conjointe
- Certificat de radiation de l'ancienne école (si changement d'école)

### 3/ Pour retourner le dossier et ses justificatifs :

Vous pouvez :

- déposer le dossier à l'accueil du service du guichet unique aux heures d'ouverture : du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 17h.
- transmettre le dossier et les justificatifs par mail (en format PDF) à l'adresse suivante : [guichet.unique@berre-l-etang.fr](mailto:guichet.unique@berre-l-etang.fr)
- envoyer le dossier à l'adresse suivante :

**Commune de BERRE L'ETANG**  
**GUICHET UNIQUE – ESPACE FAMILLE**  
**BP 30221**  
**13138 BERRE L'ETANG CEDEX**

Le dossier est également disponible au format PDF téléchargeable sur le site de la commune [www.berreletang.fr](http://www.berreletang.fr) (rubrique « Famille »)

### 4/ Pour obtenir des informations complémentaires ou de l'aide :

Vous pouvez :

- adresser un courriel à [guichet.unique@berre-l-etang.fr](mailto:guichet.unique@berre-l-etang.fr)
- téléphoner au numéro suivant : 04.42.74.94.23 selon les heures d'ouverture



## Tout dossier incomplet sera retourné

**IMPORTANT** : « Les informations collectées par La Commune de Berre l'Étang font l'objet d'un traitement manuel et / ou automatisé. Ces informations sont à destination exclusive de la Commune. Les données seront conservées le temps nécessaire à l'accomplissement des différentes finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès. Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer vos droits, merci d'adresser votre mail à [dpo@berreletang.fr](mailto:dpo@berreletang.fr). Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL ».

## COMPOSITION DU FOYER

### Situation familiale des représentants légaux :

- Marié     Pacsé (e)     Vie maritale     Divorcé(e)\*     Séparé(e)\*     Célibataire     Veuf(ve)
- Autres : .....

\* En cas d'autorité parentale non conjointe joindre le jugement de divorce précisant les modalités de garde ou jugement de séparation

### Représentant légal 1 ou tuteur légal :

- Mère     Père     Autres (à préciser) : .....

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL

VILLE :

ADRESSE MAIL :

N° DOMICILE :

N° MOBILE :

N° TRAVAIL :

PROFESSION :

### Représentant légal 2 ou tuteur légal (si différent du représentant 1) :

- Mère     Père     Autres (à préciser) : .....

NOM :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE (si différente du  
représentant 1):

CODE POSTAL

VILLE :

ADRESSE MAIL :

N° DOMICILE :

N° MOBILE :

N° TRAVAIL :

PROFESSION :

## Régime de protection sociale :

### Allocataire CAF (Régime général)

N° allocataire (obligatoire) :

Nom-Prénom de l'allocataire :

La commune de BERRE L'ETANG est autorisée par la CAF à utiliser le service de Consultation des Dossiers Allocataires par le Partenaire (CDAP) pour la consultation des données des dossiers allocataires nécessaires, conformément à l'acte réglementant le CDAP pris par la CNAF après avis de la CNIL et publié. Elle est aussi autorisée à consulter les ressources et la composition familiale des allocataires de la MSA.

### Régime Spécial (MSA)

Nom - Prénom de l'allocataire :

N° Sécurité Sociale :

## Assurance scolaire/extrascolaire avec responsabilité civile :

Assurance scolaire

Assurance scolaire/ extrascolaire

**L'attestation d'assurance est obligatoire, elle devra être fournie chaque année.**

Joindre l'attestation chaque année et en cas de changement en cours d'année

Date :

Signature :

# FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

NOM :  PRENOM :

DATE - LIEU DE NAISSANCE :

GARCON  FILLE

ADRESSE :

## REPRESENTANTS LEGAUX

Autorité parentale :  Père  Mère  Autorité conjointe

\* En cas d'autorité parentale non conjointe joindre le jugement de divorce précisant les modalités de garde ou jugement de séparation

### Mère :

NOM :  PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE :  N° TELEPHONE PORTABLE :

N° TELEPHONE TRAVAIL :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE (si différente de l'enfant) :

### Père :

NOM :  PRENOM :

N° TELEPHONE DOMICILE :  N° TELEPHONE PORTABLE :

N° TELEPHONE TRAVAIL :

ADRESSE MAIL :

ADRESSE (si différente de l'enfant) :

## DANS LE CAS OU LES REPRESENTANTS LEGAUX SONT INJOIGNABLES

2 personnes doivent être désignées (minimum). L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Seules les personnes âgées de 18 ans sont autorisées à venir chercher un enfant mineur.

NOM :  PRENOM :

N° DOMICILE :  N° PORTABLE :

LIEN AVEC L'ENFANT :

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à reprendre l'enfant

NOM :  PRENOM :

N° DOMICILE :  N° PORTABLE :

LIEN AVEC L'ENFANT :

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à reprendre l'enfant

NOM :  PRENOM :

N° DOMICILE :  N° PORTABLE :

LIEN AVEC L'ENFANT :

A contacter en cas d'urgence  Autoriser à reprendre l'enfant

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

## MEDECIN TRAITANT DE L'ENFANT (FACULTATIF)

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

N° DE TELEPHONE MEDECIN :

## VACCINATIONS

**Copie du carnet de santé avec mention des vaccins avec le nom et prénom de l'enfant à joindre obligatoirement.**  
(En cas de nouvelles vaccinations joindre la copie de celles-ci)

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

↳ **Si OUI joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)**

↳ **AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.**

### Allergies :

ALIMENTAIRES :  OUI  NON

Merci d'indiquer les aliments concernés : .....

↳ **PANIER REPAS FOURNI PAR LES PARENTS POUR TOUTE ALLERGIE ALIMENTAIRE DANS LE CADRE DES ACTIVITES SUR LA COMMUNE**

MEDICAMENTEUSES :  OUI  NON

Merci d'indiquer les médicaments concernés : .....

Merci d'indiquer la conduite à tenir :

**PAI (protocole d'accueil individualisé) en cours** :  OUI  NON (joindre le protocole et toutes informations utiles) :

↳ **FOURNIR LE PROTOCOLE DE SOIN DU MEDECIN ET LE TRAITEMENT NECESSAIRE + PRENDRE CONTACT AVEC LE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE.**

**INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION, HANDICAP) EN PRECISANT LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

• À titre indicatif, l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES  
(à renseigner obligatoirement)**

Votre enfant porte-t-il :

- DES LENTILLES :  OUI  NON
- DES LUNETTES :  OUI  NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHESES AUDITIVES :  OUI  NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- APPAREIL DENTAIRE/DES PROTHESES:  OUI  NON au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

**AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS PARENTALES**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal ou tuteur légal de l'enfant  
(NOM, PRENOM) : \_\_\_\_\_

• **Autorisations parentales**

**Autorise**  **N'autorise pas** l'équipe d'encadrement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

**Autorise**  **N'autorise pas** la ville et les prestataires liés à une activité organisée par un service municipal à utiliser les photos de mon enfant sur tous les supports municipaux papiers, numériques, autres et le filmer.

**Autorise**  **N'autorise pas** mon enfant fréquentant l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement élémentaire à rentrer seul après l'activité à laquelle il a participé (à partir de 6 ans – classe de CP).

• **Attestations parentales**

J'atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le service du guichet unique et les écoles de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale).

Je reconnais également avoir pris connaissance des règlements intérieurs, consultables en ligne ou à l'accueil de l'Hôtel de Ville, relatifs aux activités périscolaires, extra scolaires, séjours vacances d'été, crèche et facturation conformes aux délibérations du Conseil Municipal et déclare approuver ses contenus et m'engage à m'y conformer.

Je certifie que mon enfant est et sera couvert toute l'année ainsi que pendant les vacances scolaires par une assurance couvrant toutes les activités municipales et scolaires.

Date : \_\_\_\_\_

Signature des parents :