

FICHE ENFANT N° 3

Nom Prénom

Fille Garçon Date de naissance / / Lieu de naissance

Etablissement scolaire : Maternelle Élémentaire **Classe** :

Renseignements médicaux Asthme Allergies,

Autres, précisez

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) oui non Reconnaissance MDPH oui non - Bénéficiaire de l'AEEH oui non

Médecin traitant (Nom, téléphone)
.....

Port de lunettes oui non Mon enfant doit garder ses lunettes en récréation oui non

J'autorise mon enfant à repartir seul aux horaires autorisés : ALAE oui non ALSH oui non CAJ oui non
(Uniquement s'il a plus de 6 ans)

En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant, sa participation aux activités pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ; en dehors d'un PAI ou d'un PSUAC, l'administration d'un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite, accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.

INSCRIPTIONS AUX SERVICES

<p>RESTAURATION SCOLAIRE <i>Inscription permanente durant la période scolaire.</i></p> <p>☞ cocher les jours choisis : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnel et/ou vacances scolaires</p>	<p>ALAE <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir</p> <p>ALAE mercredis après-midi <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> repas + activité <input type="checkbox"/> activité</p> <p><input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> CAJ</p>	<p><input type="checkbox"/> TRANSPORT SCOLAIRE</p> <p>Les demandes du transport scolaire se font impérativement via le site web du Conseil Départemental de la Haute-Garonne : www.transportsscolaires.haute-garonne.fr</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FICHE ENFANT N° 4

Nom Prénom

Fille Garçon Date de naissance / / Lieu de naissance

Etablissement scolaire : Maternelle Élémentaire **Classe** :

Renseignements médicaux Asthme Allergies,

Autres, précisez

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) oui non Reconnaissance MDPH oui non - Bénéficiaire de l'AEEH oui non

Médecin traitant (Nom, téléphone)
.....

Port de lunettes oui non Mon enfant doit garder ses lunettes en récréation oui non

J'autorise mon enfant à repartir seul aux horaires autorisés : ALAE oui non ALSH oui non CAJ oui non
(Uniquement s'il a plus de 6 ans)

En cas de problèmes de santé rencontrés par l'enfant, sa participation aux activités pourra être subordonnée à l'établissement d'un Protocole de Soins d'Urgence pour l'Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ; en dehors d'un PAI ou d'un PSUAC, l'administration d'un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite, accompagnée d'une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.

INSCRIPTIONS AUX SERVICES

<p>RESTAURATION SCOLAIRE <i>Inscription permanente durant la période scolaire.</i></p> <p>☞ cocher les jours choisis : Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnel et/ou vacances scolaires</p>	<p>ALAE <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> soir</p> <p>ALAE mercredis après-midi <input type="checkbox"/> repas <input type="checkbox"/> repas + activité <input type="checkbox"/> activité</p> <p><input type="checkbox"/> ALSH <input type="checkbox"/> CAJ</p>	<p><input type="checkbox"/> TRANSPORT SCOLAIRE</p> <p>Les demandes du transport scolaire se font impérativement via le site web du Conseil Départemental de la Haute-Garonne : www.transportsscolaires.haute-garonne.fr</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION FAMILLE Année scolaire 2019 / 2020

Cadre réservé à la Mairie
N° DE DOSSIER :
DOSSIER COMPLET : oui

COMPOSITION DU FOYER

RESPONSABLE LEGAL 1

Père Mère Autre (précisez) :

Nom de famille Prénom Nom d'usage

Adresse du foyer

Code Postal Ville

Tél. domicile Tél. portable Tél. professionnel

Courriel

Profession/catégorie socio-professionnelle (code) : ____ (se référer à la liste jointe en annexe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves oui non

Mariés Pacsés Vie maritale Célibataire Veuf(ve)
 Divorcés ou séparés (fournir l'extrait de jugement sur le droit de garde) Garde alternée

RESPONSABLE LEGAL 2

Père Mère Autre (précisez) :

Nom de famille Prénom Nom d'usage

Adresse du foyer

Code Postal Ville

Tél. domicile Tél. portable Tél. professionnel

Courriel

Profession/catégorie socio-professionnelle (code) : ____ (se référer à la liste jointe en annexe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves oui non

Mariés Pacsés Vie maritale Célibataire Veuf(ve)
 Divorcés ou séparés (fournir l'extrait de jugement sur le droit de garde) Garde alternée

AUTORITÉ PARENTALE

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?

oui (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)

non (joindre obligatoirement la copie du justificatif : décision de justice)

FRÈRES ET SŒURS

Nom Prénom Date de naissance :/...../.....

Nom Prénom Date de naissance :/...../.....

Nom Prénom Date de naissance :/...../.....

Nom Prénom Date de naissance :/...../.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° de Sécurité Sociale / Responsable 1 Responsable 2

N° CAF* ou MSA Nom de l’allocataire

Assurance responsabilité civile N° du contrat

Assurance scolaire N° du contrat

* *Transmettre la carte « Vacances et Loisirs » pour les familles qui en sont bénéficiaires.*

PIÈCES ADMINISTRATIVES À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Tout dossier incomplet entraînera du retard dans l’instruction de votre demande

- Livret de famille Photo enfant(s)
- Pièces d’identité des responsables légaux
- Justificatif(s) de domicile. Pour les personnes hébergées, joindre une attestation d’hébergement, accompagnée de la pièce d’identité de l’hébergeant et son justificatif de domicile
- Jugement de séparation ou de divorce
- Carnet de santé du/des enfant(s) – **Vaccinations** : si l’enfant n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

DOCUMENTS FACULTATIFS

- Attestation prestation CAF (en l’absence de cette attestation, le tarif maximum ALAE/ALSH/CAJ sera appliqué)
- Carte « vacances et loisirs » de la CAF (si bénéficiaire)
- Relevé d’Identité Bancaire (si inscription cantine)

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER* MON(MES) ENFANT(S) ET/OU À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE

EN CAS D’ACCIDENT, LES ÉTABLISSEMENTS S’EFFORCENT DE PRÉVENIR LA FAMILLE PAR LES MOYENS LES PLUS RAPIDES
MERCİ DE FACILITER CETTE TÂCHE EN DONNANT LES N° À APPELER DANS L’ORDRE DE PRIORITÉ

En cas d’urgence, l’enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l’hôpital le mieux adapté

*** Les personnes autorisées à récupérer mon/mes enfants doivent présenter obligatoirement une pièce d’identité**

NOM/Prénom	Téléphone	Lien avec mon/mes enfant(s)	Autorisations
			<input type="checkbox"/> A prévenir en cas d’urgence <input type="checkbox"/> Récupérer le/les enfant(s)
			<input type="checkbox"/> A prévenir en cas d’urgence <input type="checkbox"/> Récupérer le/les enfant(s)
			<input type="checkbox"/> A prévenir en cas d’urgence <input type="checkbox"/> Récupérer le/les enfant(s)
			<input type="checkbox"/> A prévenir en cas d’urgence <input type="checkbox"/> Récupérer le/les enfant(s)

Je soussigné(e), Responsable légal 1

Je soussigné(e), Responsable légal 2

ATTESTE de l’exactitude des informations figurant dans le présent dossier,

ACCEPTE le règlement intérieur de chaque activité, oui non

AUTORISE la prise, la diffusion et la publication de photographies et de vidéos de mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités auxquelles il(ils) est(sont) inscrit(s), oui non – Ces photographies et vidéo étant à vocation :

- pédagogique, à destination des services et des familles (supports numériques ou papiers, blogs associés)
- de communication municipale (site internet, bulletin municipal, brochures)
- de diffusion aux médias (presse écrite et audio-visuelle)

Dans le cas contraire, je joins à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant mon refus.

Fait à Le/...../..... **Signature(s) du/des représentant(s) légal(aux)**, précédée(s) de la mention « **lu et approuvé** »

FICHE ENFANT N° 1

Nom Prénom

Fille Garçon Date de naissance / / Lieu de naissance

Etablissement scolaire : Maternelle Elémentaire **Classe** :

Renseignements médicaux Asthme Allergies,


Autres, précisez

Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) oui non Reconnaissance MDPH oui non - Bénéficiaire de l’AEEH oui non

Médecin traitant (Nom, téléphone)

Port de lunettes oui non Mon enfant doit garder ses lunettes en récréation oui non

J’autorise mon enfant à repartir seul aux horaires autorisés : ALAE oui non ALSH oui non CAJ oui non
(Uniquement s’il a plus de 6 ans)

 *En cas de problèmes de santé rencontrés par l’enfant, sa participation aux activités pourra être subordonnée à l’établissement d’un Protocole de Soins d’Urgence pour l’Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d’un Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) ; en dehors d’un PAI ou d’un PSUAC, l’administration d’un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite, accompagnée d’une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.*

INSCRIPTIONS AUX SERVICES

RESTAURATION SCOLAIRE

Inscription permanente durant la période scolaire.

 cocher les jours choisis :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Occasionnel et/ou vacances scolaires

ALAE

matin soir

ALAE mercredis après-midi

repas repas + activité activité

ALSH CAJ

TRANSPORT SCOLAIRE

Les demandes du transport scolaire se font impérativement via le site web du Conseil Départemental de la Haute-Garonne : www.transportsscolaires.haute-garonne.fr

FICHE ENFANT N° 2

Nom Prénom

Fille Garçon Date de naissance / / Lieu de naissance

Etablissement scolaire : Maternelle Elémentaire **Classe** :

Renseignements médicaux Asthme Allergies,


Autres, précisez

Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) oui non Reconnaissance MDPH oui non - Bénéficiaire de l’AEEH oui non

Médecin traitant (Nom, téléphone)

Port de lunettes oui non Mon enfant doit garder ses lunettes en récréation oui non

J’autorise mon enfant à repartir seul aux horaires autorisés : ALAE oui non ALSH oui non CAJ oui non
(Uniquement s’il a plus de 6 ans)

 *En cas de problèmes de santé rencontrés par l’enfant, sa participation aux activités pourra être subordonnée à l’établissement d’un Protocole de Soins d’Urgence pour l’Accueil en Collectivité (PSUAC) ou d’un Protocole d’Accueil Individualisé (PAI) ; en dehors d’un PAI ou d’un PSUAC, l’administration d’un traitement médicamenteux est conditionné à une autorisation parentale écrite, accompagnée d’une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.*

INSCRIPTIONS AUX SERVICES

RESTAURATION SCOLAIRE

Inscription permanente durant la période scolaire.

 cocher les jours choisis :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Occasionnel et/ou vacances scolaires

ALAE

matin soir

ALAE mercredis après-midi

repas repas + activité activité

ALSH CAJ

TRANSPORT SCOLAIRE

Les demandes du transport scolaire se font impérativement via le site web du Conseil Départemental de la Haute-Garonne : www.transportsscolaires.haute-garonne.fr