

### 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><b>RESTAURATION SCOLAIRE</b> Inscription permanente durant la période scolaire.</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 <input type="checkbox"/> Repas spéciaux (sans viande ou sans porc)</p>	<p><b>ALAE</b> <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir</p> <p><b>ALAE mercredis après-midi</b> <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"/> <b>TRANSPORT SCOLAIRE</b></p> <p>Les demandes du transport scolaire se font impérativement via le site web du Conseil Départemental de la Haute-Garonne : <a href="http://www.transportsscolaires.haute-garonne.fr">www.transportsscolaires.haute-garonne.fr</a></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><b>RESTAURATION SCOLAIRE</b> Inscription permanente durant la période scolaire.</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 <input type="checkbox"/> Repas spéciaux (sans viande ou sans porc)</p>	<p><b>ALAE</b> <input type="checkbox"/> matin <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> soir</p> <p><b>ALAE mercredis après-midi</b> <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"/> <b>TRANSPORT SCOLAIRE</b></p> <p>Les demandes du transport scolaire se font impérativement via le site web du Conseil Départemental de la Haute-Garonne : <a href="http://www.transportsscolaires.haute-garonne.fr">www.transportsscolaires.haute-garonne.fr</a></p>
---	--	--



### DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION FAMILLE

Année scolaire 2020 / 2021

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

### COMPOSITION DU FOYER RESPONSABLE LEGAL 1

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

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 (si nécessaire)
- Carnet de santé du/des enfant(s) – **Vaccinations** : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.
- 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 .....

Filles  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'AAEH  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

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

## FICHE ENFANT N° 2

Nom ..... Prénom .....

Filles  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'AAEH  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

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