Dossier d'inscription Scolaire, périscolaire et extrascolaire
Année scolaire 20__ - 20__

1 - Enfant

NOM : _____ **Prénom (s)** : _____

Date de naissance : _____ **Sexe :** □ Féminin □ Masculin

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Demande d'inscription en (si inscription scolaire) :

Maternelle □ TPS □ PS □ MS □ GS

Elémentaire □ CP □ CE1 □ CE2 □ CM1 □ CM2

Si l'enfant est déjà scolarisé : Classe : _____Ecole : _____

Code postal : _____ Ville : _____

2 - Responsable Légal

Situation du (ou des) parents : □marié(e) □pacsé(e) □vie maritale □divorcé(e) □séparé(e)

Si divorcés ou séparés : Garde Alternée □oui □non

Responsable 1

□ Mme □Mr **Nom :** _____ **Prénom :** _____

□ Père □ Mère □ Tuteur □ Autre _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

Mail : _____@_____ Nationalité : _____

Profession : _____ ☎ Travail : _____

Employeur (Nom et adresse) : _____

_____

Responsable 2

□ Mme □Mr **Nom :** _____ **Prénom :** _____

□ Père □ Mère □ Tuteur □ Autre _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable : _____

Mail : _____@_____ Nationalité : _____

Profession : _____ ☎ Travail : _____

Employeur (Nom et adresse) : _____

_____

3 - Fratrie

Nom	Prénoms	Date de naissance	Ecole

4 - Fréquentation

Cocher les créneaux des temps périscolaires souhaités (attention vous devrez réserver sur le portail famille, ceci ne vaut pas réservation)

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Périscolaire matin	☐	☐	☐	☐	☐
Périscolaire Midi - Restauration	☐	☐		☐	☐
Périscolaire Soir	☐	☐		☐	☐
Mercredi après-midi			☐		

Périodes	Semaine 1		Semaine 2	
Vacances de Toussaint	☐		☐	
Vacances de Noël	☐		☐	
Vacances d'hiver	☐		☐	
Vacances de printemps	☐		☐	
Vacances d'été (Juillet seulement)	S1	S2	S3	S4
	☐	☐	☐	☐

Retour de l'enfant au domicile après l'école ou les activités périscolaire et de loisirs

Votre enfant prend-il les transports scolaires : ☐oui ☐non

Si non, en dehors des responsables légaux, personnes autorisées à venir le chercher

Nom - Prénoms	Lien de parenté	N° de Telephone

5 - Santé

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

NOUS JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINS.

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

ALLERGIES : ASTHME □ oui □ non MEDICAMENTEUSES □ oui □ non

ALIMENTAIRES □ oui □ non AUTRES □ oui □ non

Allergène (s) : _____

La sécurité des enfants atteints d'allergies ou de certaines maladies est prise en compte dans le cadre d'une démarche appelée Projet d'Accueil Individualisé, ou **P.A.I.** Si votre enfant est dans cette situation, merci de nous le signaler et de vous rapprocher du service enfance jeunesse pour vous aider à la construction du P.A.I. (projet d'accueil individualisé)
□ Oui □ Non

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

_____
_____
_____

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 PROTHÈSES AUDITIVES : oui □ non □ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui □ non □ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

MEDECIN DE L'ENFANT
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT
.....

6- Informations relatives à la facturation

Redevable (personne qui règle la facture)

	Oui	Non
Responsable 1	☐	☐
Responsable 2	☐	☐

Organisme qui verse les prestations familiales (Obligatoire)

☐ CAF Nom et prénom allocataire CAF 87 : _____

Numéro allocataire : _____

Si passeport jeune, Numéro : _____

☐ MSA Nom et Prénom de l'assuré : _____

N° de matricule de l'assuré : _____

Votre Quotient familial (QF) actuel (au moment de l'inscription) : _____

Attention, votre QF doit nous être redonné tous les ans en janvier.

7- Pièces Justificatives à joindre au dossier

☐ **Livret de famille**
☐**Justificatif de domicile**
☐**Copie du carnet de vaccination à jour de l'enfant (nous remettre une copie à jour après chaque vaccination) ou un certificat médical indiquant que les vaccins sont à jour (si vous n'avez plus le carnet de santé) ou contre-indication vaccinal du médecin**
☐**Assurance responsabilité civile (obligatoire)**
☐Assurance scolaire et extrascolaire
☐**Attestation de Quotient Familial de votre organisme**
☐En cas de divorce ou de séparation, le jugement pour responsabilité légale
☐ Dérogation scolaire de la commune d'origine et celle de la commune d'accueil (si scolarisation hors de la commune d'habitation)

8- Signature

Je déclare sur l'honneur exact tous les renseignements portés sur ce formulaire et m'engage à informer la direction de l'école et le service enfance jeunesse de toute modification relative à mes coordonnées ou à l'état de santé de mon enfant, pouvant intervenir en cours d'année.

Déclare avoir pris connaissance le règlement intérieur de chaque structure et m'engage à en respecter les termes.

Fait à _____, le_____

Signatures des responsables

Le caractère confidentiel des informations est strictement limité aux personnels habilités par l'administration.
Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès,
de rectification et d'opposition sur les données nominatives vous concernant

49 rue des écoles – 87220 AUREIL – **05 55 00 28 11** – accueil@mairie-aureil.fr
www.mairie-aureil.fr

Suivez toutes les actualités !
@aureil87220

Mairie d'Aureil
Service Enfance - jeunesse
49, rue des écoles
87220 AUREIL
Tel Directeur : 06.38.03.54.44
Tel accueil ALSH : 07.55.58.86.67
Tel Mairie : 05.55.00.28.11
Mail : alsh@mairie-aureil.fr
alshaureil87220@gmail.com

AUTORISATIONS ANNEE SCOLAIRE 20__/20__

Nous, soussignés

Mme et M. _____

Résidant au : _____

_____

Nom et Prénoms de notre/nos enfant(s) :

_____

_____

_____

Déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à en respecter les termes.

Détail des autorisations

☐ **Autorisons** le personnel à sortir notre/nos enfant(s) de l'enceinte de l'établissement pour les
☐ **N'autorisons pas** sorties en groupe

☐ **Autorisons** le personnel à transporter ou faire transporter notre/nos enfant(s) dans les
☐ **N'autorisons pas** véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

☐ **Autorisons** l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident
☐ **N'autorisons pas** impliquant notre/nos enfant(s). (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).

☐ **Autorisons** à utiliser des photos de notre/nos enfant(s) pour la page Facebook/Instagram. Il ne
☐ **N'autorisons pas** s'agit pas de photographies individuelles mais de photos de groupe ou bien de vues montrant les enfants en activité. En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille. Un refus de votre part aura pour conséquence d'écarter votre enfant lors de ces prises de vue.

☐ **Autorisons** à prendre en photo/filmer notre/nos enfant(s), dans la mesure où les films et
☐ **N'autorisons pas** images ne seront utilisés à aucun autre usage qu'un usage éducatif ou inhérent à la vie de l'ALSH : mis à disposition des familles sur le site internet de l'ALSH dans un espace sécurisé, uniquement accessible au membre du site (famille disposant d'un mail figurant sur le dossier d'inscription), pour des expositions photographique lors du spectacle de fin d'année et pour diffusion de presse

---

☐ **Autorisons** notre/nos enfant(s) à rentrer seul après l'école et les activités périscolaire.

☐ **N'autorisons pas**

☐ **Autorisons** Le service enfance – jeunesse de la Mairie d'Aureil, à recueillir des informations concernant

☐ **N'autorisons pas** mon droit au passeport jeunes 20____ auprès de la Caf de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches".

N° allocataire : _____

☐ **Autorisons** l'ALSH à nous transmettre des mails d'information (planning, journal du centre…)

☐ **N'autorisons pas**

☐ **Autorisons** l'ALSH à nous transmettre des infos par sms

☐ **N'autorisons pas**

SIGNATURES

Fait à _____, le _____20__

Mme et M. _____