



# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

## SERVICES PERI ET EXTRA SCOLAIRES

**ATTENTION !! SANS CETTE INSCRIPTION REMPLIE, LES ENFANTS NE POURRONT ÊTRE ACCUEILLIS SUR LES SERVICES A LA RENTREE.**

### L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de Naissance : ...../...../..... A : .....

Sexe : M  F

### LES REPRESENTANTS LEGAUX

#### RESPONSABLE LEGAL 1

PERE  MERE  AUTRE   
(Précisez : .....) )

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel domicile : ...../...../...../...../.....

Tel portable : ...../...../...../...../.....

Tel professionnel: ...../...../...../...../.....

Adresse courriel : .....

.....

*(Afin de communiquer plus rapidement, il est conseillé de renseigner une adresse courriel).*

#### Employeur :

NOM : .....

Adresse : .....

.....

.....

#### RESPONSABLE LEGAL 2

PERE  MERE  AUTRE   
(Précisez : .....) )

NOM : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tel domicile : ...../...../...../...../.....

Tel portable : ...../...../...../...../.....

Tel professionnel: ...../...../...../...../.....

Adresse courriel : .....

.....

*(Afin de communiquer plus rapidement, il est conseillé de renseigner une adresse courriel).*

#### Employeur :

NOM : .....

Adresse : .....

.....

.....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : .....

Tél. : ...../...../...../...../.....

## VACCINATIONS *(Se référer au carnet de vaccinations)*

*Votre enfant est-il vacciné contre :*

*Si oui, indiquez les dates de derniers rappels.*

		OUI	NON	
<b>VACCINS OBLIGATOIRES</b>	Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Polyomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>VACCINS RECOMMANDES</b>	Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rubéole-Oreillons-Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Autres (Préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## MALADIES

*Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?*

	OUI	NON		OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire Aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## ALLERGIES

*Votre enfant a-t-il des allergies?*

	OUI	NON		OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>(Précisez : .....)</i>		

Si votre enfant a des allergies, précisez ci-dessous la cause et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

## DIFFICULTES DE SANTE ET RENSEIGNEMENTS UTILES

Indiquez ci-dessous les difficultés de santé (*maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations,...*) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Indiquez également tous renseignements utiles (*port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives ou dentaires, ...*) :

.....

.....

.....

**ATTENTION:** Si l'enfant a un PAI, la copie du document, l'ordonnance et le traitement doivent être remis au responsable de la structure avant l'accueil de l'enfant.

## INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES \*

ALAE Matin : 7H30 – 8H40  
 ALAE Soir : 16H45 – 18H30  
 (17H15 - 17H45: Espace Devoirs— 17H45 - 18H30: ateliers animation)  
 ACCUEIL DU MERCREDI (à Tom Pouce): 7H30—18H30 (accueil possible en demi-journée)

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>MATIN</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOIR</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALSH TOM POUCE</b>			<input type="checkbox"/>		

\* Les inscriptions aux services périscolaires sont prévisionnelles, elles visent à organiser le service de manière à assurer la sécurité de vos enfants.

**Les inscriptions définitives devront être faites par mail ou bulletin avant 9H le lundi matin.**

La facturation sera établie en fonction des inscriptions définitives et de la fréquentation des enfants.

## INSCRIPTION EXTRASCOLAIRE (Vacances scolaires)\*\*

### ACCUEIL DE LOISIRS TOM POUCE

	VACANCES				
	TOUSSAINT	NOEL	FEVRIER	AVRIL	ETE
<b>OUI</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NON</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*\* ATTENTION: les inscriptions au service extrascolaire sont prévisionnelles, elles visent à organiser le service de manière à assurer la sécurité de vos enfants.

**Les inscriptions définitives se feront par mails ou bulletins au plus tard 10 jours avant le début de chaque période.**

La facturation sera établie en fonction des inscriptions définitives et de la présence des enfants.

## TRANSPORTS SCOLAIRES

Toute demande ou renouvellement de carte de transport doit être faite sur le site du conseil départemental :

[www.transportsscolaires.haute-garonne.fr](http://www.transportsscolaires.haute-garonne.fr)

Afin de garantir au mieux la sécurité de vos enfants, merci de nous **préciser les jours où il prendra le bus.**

Sachant que, nous vous rappelons que l'inscription de votre enfant auprès du conseil départemental vous engage à utiliser le transport de façon régulière (fréquentation hebdomadaire minimum de 70%).

Toute modification **DOIT ETRE EXCEPTIONNELLE** et **SIGNEE** aux responsables du service périscolaire.

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
<b>MATIN</b>				
<b>SOIR</b>				

### INFORMATIONS CAF

**NOM DE L'ALLOCATAIRE:** (Responsable légal mentionné en tant qu'allocataire auprès de la CAF) :

.....

**NUMERO ALLOCATAIRE CAF:**

.....

**Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AAEH** (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)?

OUI

NON

### INFORMATIONS DIVERSES

**Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier?** (PAI ou sans Porc uniquement)

OUI

NON

Précisez: .....

**Votre enfant sait-il nager?**

OUI

NON

# AUTORISATIONS

Nous, soussignés (Noms, Prénoms) .....

Responsables légaux de l'enfant (Nom, Prénom) .....

- Certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur des services péri et extra scolaires.
- Autorisons notre enfant à participer aux jeux et sorties organisés dans le cadre des différents services.
- Autorisons notre enfant à prendre le bus et à effectuer des déplacements à pied dans le cadre de sorties.
- Prenons acte que dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans le cadre des services péri et extra scolaires, l'équipe d'animation peut être amenée à prendre des photos des enfants pour illustrer différents supports de communication (plaquettes, bulletins municipaux, site internet de la commune, presse locale) ou pour être affichés dans les locaux des services. Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, et cela à titre gratuit. Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée précisant notre refus.
- Autorisons les responsables de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (visite d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

## PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOMS PRENOMS	N° DE TELEPHONE

**ATTENTION : TOUTE PERSONNE NON MENTIONNEE NE POURRA RECUPERER L'ENFANT.**

**UNE PIECE D'IDENTITE POURRA ÊTRE DEMANDEE.**

**SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT QUITTE LES SERVICES EXCEPTIONNELLEMENT AVEC UNE AUTRE PERSONNE, VOUS DEVREZ FOURNIR UNE AUTORISATION PARENTALE DATEE ET SIGNEE.**

Je soussigné, M et Mme ..... responsables légaux de l'enfant, déclarent exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à : .....

Le : .....

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

## DOCUMENTS A FOURNIR

**Sans ces documents, l'enfant ne sera pas accueilli sur les différents services.**

Dossier Unique d'inscription complété et signé		Copie du livret de famille aux pages du père, de la mère et de l'enfant	
Copie des vaccinations de l'enfant à jour		Copie de la carte CAF	
Copie de l'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant, en cours de validité			