



# FICHE DE RENSEIGNEMENT

Dossier unique à destination de l'école, du restaurant scolaire, des services périscolaire et extrascolaire



## PERE, MERE ou RESPONSABLE LEGAL

Allocataire CAF (régime général)       Régime spécial (MSA ou autre)       Sans régime

**NOM et Prénom de l'allocataire :** ..... **N° ALLOCATAIRE :** .....

Nombre d'enfants à charge : .....

**Nom du représentant légal 1 :** .....

Prénom : .....

Autorité parentale: oui – non

Employeur:.....

Situation familiale(1) : .....

Adresse complète :

.....

.....

.....

Téléphone du domicile : .....

Téléphone Portable : .....

Téléphone du travail : .....

**Courriel (2):**.....

**Nom du représentant légal 2 :** .....

Prénom : .....

Autorité parentale: oui – non

Employeur : .....

Situation familiale(1) : .....

Adresse complète (si différente du représentant légal 1) :

.....

.....

.....

Téléphone du domicile : .....

Téléphone Portable : .....

Téléphone du travail : .....

Courriel : .....

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Concubin(e) – Pacsé(e)

(2) L'adresse mail permet de communiquer les informations importantes et urgentes concernant l'école, le périscolaire et l'extrascolaire. Les inscriptions aux TAP seront communiquées par mail. Si vous n'avez pas de mail, un courrier papier vous sera adressé pour chaque information.

<b>Enfant 1</b> Niveau : .....	<b>Enfant 2</b> Niveau : .....	<b>Enfant 3</b> Niveau : .....
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>	Sexe : féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/>
Date de naissance : ...../...../.....	Date de naissance : ...../...../.....	Date de naissance : ...../...../.....
<b><u>Assurance de l'enfant*</u></b>	<b><u>Assurance de l'enfant*</u></b>	<b><u>Assurance de l'enfant*</u></b>
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident	<input type="checkbox"/> Individuelle accident
<input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire	<input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire	<input type="checkbox"/> Garantie extra-scolaire
Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
.....	.....	.....
Numéro de l'attestation : .....	Numéro de l'attestation : .....	Numéro de l'attestation : .....
* joindre l'attestation d'assurance - obligatoire dans le cadre périscolaire et extrascolaire		

## Autorisation de publication de l'image de votre enfant

Je soussigné(e), .....autorise l'école et la Mairie de St André de Sgx à publier et utiliser les photos, les films et les enregistrements audio sur lesquels figurent mon (mes) enfant(s) qui seraient pris dans le cadre des activités scolaires, périscolaires et extrascolaires.

Ceux-ci pourront être reproduits par l'école, la Mairie ou la presse en partie ou en totalité sur tout support (Internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse) sans que cela occasionne une demande ultérieure de rémunération de ma part.

**Enfant 1 :**     oui     non      **Enfant 2 :**     oui     non      **Enfant 3 :**     oui     non

**Fait à St André de Sgx, le.....**

**Signature :**

# Autorisation de sortie

J'autorise mon/(mes) enfants,

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<p><u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire après les TAP <input type="checkbox"/> à quitter seul la garderie périscolaire à.....heures, le(s) ..... <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. <input type="checkbox"/> à quitter seul l'enceinte scolaire après la classe.</p>	<p><u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire après les TAP <input type="checkbox"/> à quitter seul la garderie périscolaire à.....heures, le(s)..... <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. <input type="checkbox"/> à quitter seul l'enceinte scolaire après la classe.</p>	<p><u>Nom :</u> <u>Prénom :</u> <input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire après les TAP <input type="checkbox"/> à quitter seul la garderie périscolaire à.....heures, le(s) ..... <input type="checkbox"/> à quitter seul l'ACM à.....heures. <input type="checkbox"/> à quitter seul l'enceinte scolaire après la classe.</p>

Je, soussigné(e).....assume la pleine et entière responsabilité de cette demande et décharge la Mairie de toute responsabilité en cas de problème survenant après la sortie de l'enfant.

## Personnes à appeler en cas d'urgence (si les parents ne sont pas joignables) et / ou autorisées à prendre l'enfant à la sortie

5 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. Il est recommandé de présenter ces personnes au préalable. L'enfant sera remis à la personne désignée sur présentation obligatoire d'une pièce d'identité. Il est vivement conseillé de prévenir les agents de la Mairie par téléphone en cas d'imprévu.

### PERSONNE 1

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant :  Ami  Assistante maternelle  Grands-parents

Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 2 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 3 (Nom-prénom) :.....Classe :.....

### PERSONNE 2

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant :  Ami  Assistante maternelle  Grands-parents

Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 2 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 3 (Nom-prénom) :.....Classe :.....

### PERSONNE 3

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant :  Ami  Assistante maternelle  Grands-parents

Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 2 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 3 (Nom-prénom) :.....Classe :.....

### PERSONNE 4

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant :  Ami  Assistante maternelle  Grands-parents

Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 2 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 3 (Nom-prénom) :.....Classe :.....

### PERSONNE 5

A appeler en cas d'urgence

Autorisée à prendre l'enfant

NOM : .....

Prénom : .....

Téléphone portable.....

Lien avec l'enfant :  Ami  Assistante maternelle  Grands-parents

Autre, précisez.....

Pour le(s) enfant(s) :

- Enfant 1 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 2 (Nom-prénom) :.....Classe :.....
- Enfant 3 (Nom-prénom) :.....Classe :.....

Fait à St André de Sgx

Le .....

Signature :

## Attestation sur l'honneur

La Mairie vous informe que pour la gestion des dossiers, la communication du n° d'allocataire l'autorise à consulter les informations relatives à vos ressources déclarées à la CAF.

D'autre part, en vertu des textes en vigueur, il est porté à la connaissance des parents qu'en cas d'urgence, l'enfant pourra être conduit à l'Hôpital par les services de secours.

Le Directeur de l'établissement scolaire ainsi que les responsables des activités municipales pourront prendre toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant et contacteront les parents.

Je soussigné(e),.....

Représentant légal du (des) enfant(s) :

<i>Enfant 1</i>	<i>Enfant 2</i>	<i>Enfant 3</i>
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :

**Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements et des pièces fournis lors des permanences et m'engage à prévenir la Mairie et l'école de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale ...).**

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires, à la restauration scolaire, à la garderie périscolaire et à l'ACM consultable en ligne (Rubrique Enfance et jeunesse - <http://www.saintandredeaignanx.fr/4-enfance-et-jeunesse>), déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

## Choix tarification pour la garderie périscolaire

Vous pouvez opter pour la tarification calculée en fonction des tranches horaires de fréquentation de vos enfants ou pour le forfait mensuel.

**Un seul changement dans l'année sera possible et sera effectif le mois suivant l'accord donné par le service des affaires scolaires.**

Nombre d'enfants scolarisés à St André de Seignanx :.....

**CHOIX TARIFICATION : En l'absence de choix, le tarif horaire sera appliqué**

- Tarification calculée en fonction des tranches horaires de fréquentation  
 Forfait mensuel : 10 mensualités dans l'année scolaire 2017/2018 (voir tarifs selon le quotient familial dans le règlement intérieur)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ LE JOUR DE L'INSCRIPTION**

Cadre réservé à l'administration	
Date du dépôt de dossier :.....	Observations :
<b><u>Pièces vérifiées et fournies pour l'année scolaire 2017/2018</u></b>	
<input type="checkbox"/> Une photo d'identité de chaque enfant	
<input type="checkbox"/> Attestation de quotient familial ou copie du dernier avis d'imposition si pas de numéro d'allocataire	
<input type="checkbox"/> Attestation de sécurité sociale	
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance Responsabilité Civile + individuelle accidents-dommages corporels pour l'année scolaire en cours.	
<input type="checkbox"/> Photocopie du Carnet de santé (p90, 92, 93, 94)	
<input type="checkbox"/> En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif	
<input type="checkbox"/> Formulaire d'autorisation de prélèvement bancaire si pas donné en 2016/2017 ou changement de coordonnées bancaires (facultatif) + RIB	
<input type="checkbox"/> Photocopie du Livret de famille (pour les nouvelles familles ou nouvel enfant)	
<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile de moins de 3 mois (pour les nouvelles familles)	

Avec tous nos remerciements pour votre compréhension ainsi que pour votre collaboration.

Date et signature du représentant légal, suivies de la mention «Lu et approuvé»

A St André de Seignanx, le.....

Signature(s) :

<i>Enfant 1</i>	<i>Enfant 2</i>	<i>Enfant 3</i>
Cadre réservé à la Mairie	Cadre réservé à la Mairie	Cadre réservé à la Mairie
NOM	NOM	NOM
Prénom	Prénom	Prénom
<b>Renseignement médicaux concernant l'enfant</b>		
L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	L'enfant suit-il un traitement particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Allergies ou problèmes médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Régime alimentaire spécifique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :	Date du dernier vaccin antitétanique :
A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Recommandations utiles des parents</b>		
Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc ? ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc ? ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?	Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, des prothèses auditives, etc ? ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, le(s)quel(s) ?
<b>Médecin de famille</b>		
NOM	Adresse	Téléphone

**Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) doit être établi pour accueillir les enfants présentant une allergie alimentaire ou tout autre contre-indications. Le PAI est mis au point sous la responsabilité du directeur d'école.**

A St André de Seignanx, le.....

**Signature responsable légal obligatoire:**