



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

SCOLAIRE - PERISCOLAIRE - EXTRASCOLAIRE

2017 - 2018

SOMMAIRE

Page 1	Fiche de Renseignements	<input type="checkbox"/>
Pages 2 et 3	Autorisations diverses	<input type="checkbox"/>
Pages 4 et 5	Fiche d'inscription	<input type="checkbox"/>
Pages 6, 7 et 8	Fiches sanitaires	<input type="checkbox"/>

**PORTAIL PARENTS SERVICES
 VIA SITE INTERNET MAIRIE**



CADAUJAC VILLE CONNECTEE



**Téléchargez l'application
 pour smartphone**

**Rubrique : Infos pratiques
 Portail parents services**



Choix concerné par le dossier unique d'inscription

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inscription scolaire | <input type="checkbox"/> Garderie périscolaire |
| <input type="checkbox"/> Restaurant scolaire | <input type="checkbox"/> TAP (Temps d'Activités Périscolaires) |
| <input type="checkbox"/> Transport scolaire | <input type="checkbox"/> ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement) |

Représentant légal 1 ou assistant familial ou tuteur légal

Nom d'usage		Prénom	
Nom de naissance		Qualité (père, mère,...)	
Adresse			
Code Postal		Ville	
Téléphone fixe		Téléphone portable	
Téléphone professionnel		Courriel	
Nom adresse Employeur		Tél	

Représentant légal 2

Nom d'usage		Prénom	
Nom de naissance		Qualité (père, mère,...)	
Adresse			
Code Postal		Ville	
Téléphone fixe		Téléphone portable	
Téléphone professionnel		Courriel	
Nom adresse Employeur		Tél	

Régime

- Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou Autre) Sans Régime

Nom et prénom Allocataire		N° Allocataire	
Nombre d'enfants à charge :			

Situation Familiale : Marié(e) Couple Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e)

ENFANTS DE LA FAMILLE

Nom	Prénom	Date de naissance	Scolarisé	Etablissement

Formulaire complété le _____ Signature(s) obligatoire(s) :

Autorisations

Personnes autorisées à prendre en charge l'enfant

3 personnes maximum et ce à l'exclusion de tout mineur. 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

Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-Parents Autre, précisez :

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
Nom		Nom		Nom	
Prénom		Prénom		Prénom	

Personne 2

Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-Parents Autre, précisez :

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Personne 3

Nom		Prénom	
Téléphone fixe		Téléphone portable	

Lien avec l'enfant :

Ami Assistante maternelle Grands-Parents Autre, précisez :

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Autorisation de sortie

J'autorise mon (mes) enfants

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire et de loisirs à heures		<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire et de loisirs à heures		<input type="checkbox"/> à quitter seul l'accueil périscolaire et de loisirs à heures	

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

Signature :

Autorisation de la publication de l'image de mon enfant

Je soussigné(e)

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorise la Mairie de Cadaujac 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 la mairie en partie ou en totalité sur tout support (internet, revues, supports municipaux ou autre support de presse).

<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---	---

Signature :

Assurance

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<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"/> Scolaire et extrascolaire	<input type="checkbox"/> Scolaire et extrascolaire	<input type="checkbox"/> Scolaire et extrascolaire
--	--	--

Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :	Compagnie d'assurance :
-------------------------	-------------------------	-------------------------

N° contrat :	N° contrat :	N° contrat :
--------------	--------------	--------------

Fait le Signature :

Attestation sur l'honneur

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir le Pôle Enfance-Jeunesse de tout changement éventuel (adresse, problème de santé, situation familiale...)

Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative des enfants.

Fait à : Le : Signature(s) obligatoire(s) :

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations à caractère personnel qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la Mairie de Cadaujac.

Clause de confidentialité : La ville de Cadaujac s'engage à prendre toutes les précautions utiles afin de préserver la sécurité des informations et notamment d'empêcher qu'elles ne soient déformées, endommagées ou communiquées à des personnes non autorisées.

Fiche d'inscription

Enfant 1		Enfant 2		Enfant 3	
Nom		Nom		Nom	
Prénom		Prénom		Prénom	
Date de naissance		Date de naissance		Date de naissance	
	Département de naissance		Département de naissance		Département de naissance
Sexe :	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Sexe :	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Sexe :	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M

Inscription scolaire pour l'année 2017 - 2018

	En classe de	ETABLISSEMENT SCOLAIRE
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		

Inscription au restaurant scolaire			Inscription au transport scolaire	
	de 11 h 30 à 13 h 15		MATIN	SOIR
Enfant 1	<input type="checkbox"/> permanent	<input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/> permanent	<input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/> permanent	<input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inscription périscolaire

	Périscolaire Matin	TAP Lundi Mardi Jeudi	Périscolaire Soir
Enfant 1	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel
Enfant 2	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel
Enfant 3	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel	<input type="checkbox"/> permanent <input type="checkbox"/> occasionnel

Adhésion au prélèvement automatique

oui non

Si vous optez pour le prélèvement automatique, vous devez compléter un mandat de prélèvement SEPA auprès du Pôle Enfance Jeunesse muni d'un relevé d'identité bancaire

J'autorise la Ville de Cadaujac à recueillir les informations concernant les ressources du foyer auprès de la CAF afin de calculer la tarification à appliquer pour le périscolaire.

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Inscription périscolaire Mercredi après-midi
Inscription Extrascolaire - Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

ACCUEIL PERISCOLAIRE DU MERCREDI : 11 h 45 à 18 h 30

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	
<p align="center">Mercredi AM</p> <p><input type="checkbox"/> permanent</p> <p><input type="checkbox"/> occasionnel</p> <p>Je souhaite que mon enfant soit accompagné au club sportif ou culturel suivant :</p>	<p align="center">Mercredi AM</p> <p><input type="checkbox"/> permanent</p> <p><input type="checkbox"/> occasionnel</p> <p>Je souhaite que mon enfant soit accompagné au club sportif ou culturel suivant :</p>	<p align="center">Mercredi AM</p> <p><input type="checkbox"/> permanent</p> <p><input type="checkbox"/> occasionnel</p> <p>Je souhaite que mon enfant soit accompagné au club sportif ou culturel suivant :</p>	

ALSH PETITES ET GRANDES VACANCES : 7 h 00 à 18 h 30

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	
<p align="center">Petites vacances</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p align="center">Grandes Vacances</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p align="center">Petites vacances</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>	<p align="center">Grandes Vacances</p> <p align="center"><input type="checkbox"/></p>

Adhésion au prélèvement automatique oui non

Si vous optez pour le prélèvement automatique, vous devez compléter un mandat de prélèvement SEPA auprès du Pôle Enfance-Jeunesse. Vous munir d'un relevé d'identité bancaire.

J'autorise la Ville de Cadajac à recueillir les informations concernant les ressources du foyer auprès de la CAF afin de calculer la tarification à appliquer pour l'ALSH.

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT 1

Nom

Prénom

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement particulier ?

Oui Non Si oui, lequel ? :

Allergies ou problèmes médicaux ?

Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ?

Régime alimentaire spécifique ?

Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ?

Date du dernier vaccin antitétanique :

A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé ?

Oui Non

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives etc.

Oui Non Si oui, précisez :

Médecin de famille

NOM

ADRESSE ET TELEPHONE

Fait à :
Le

Signature

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT 2

Nom

Prénom

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement particulier ?

Oui Non Si oui, lequel ? :

Allergies ou problèmes médicaux ?

Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ?

Régime alimentaire spécifique ?

Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ?

Date du dernier vaccin antitétanique :

A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé ?

Oui Non

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives etc.

Oui Non Si oui, précisez :

Médecin de famille

NOM

ADRESSE ET TELEPHONE

Fait à :

Le

Signature

Fiche sanitaire de liaison

ENFANT 3

Nom	
Prénom	

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement particulier ?
 Oui Non Si oui, lequel ? :

--

Allergies ou problèmes médicaux ?
 Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ?

--

Régime alimentaire spécifique ?
 Oui Non Si oui, le(s)quel(s) ?

--

Date du dernier vaccin antitétanique :

--

A-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?
 Oui Non

--

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, prothèses auditives etc.
 Oui Non Si oui, précisez :

--

Médecin de famille

NOM	ADRESSE ET TELEPHONE

Fait à :
Le

Signature