



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

SCOLAIRE - PERISCOLAIRE - EXTRASCOLAIRE 2018 - 2019

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**

Réservé à l'administration :
Nom et Prénom des enfants scolarisés



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"/> ALSH (Accueil de Loisirs Sans Hébergement)
<input type="checkbox"/> Transport scolaire	

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 fréquenté en 2017 2018

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	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si oui remplir l'autorisation suivante
------------------------	------------------------------	------------------------------	--

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

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 2018 - 2019

	En classe de	ETABLISSEMENT SCOLAIRE
Enfant 1		
Enfant 2		
Enfant 3		

Inscription au restaurant scolaire

Inscription au transport scolaire

	de 11h30 à 13h30	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 garderie périscolaire

	Périscolaire Matin de 7h à 8h20	Périscolaire Soir de 16h30 à 18h30
Enfant 1	<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
Enfant 3	<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.

J'accepte que les factures me soient transmises de façon dématérialisée

Fait à :

Le :

Signature(s) obligatoire(s) :

Inscription Extrascolaire Mercredi
Inscription Extrascolaire - Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH) vacances

ACCUEIL DE LOISIRS DU MERCREDI

Enfant 1	Enfant 2	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

ACCUEIL DE LOISIRS PETITES VACANCES

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
TOUSSAINT <input type="checkbox"/> NOEL <input type="checkbox"/> HIVER <input type="checkbox"/> PÂQUES <input type="checkbox"/>	TOUSSAINT <input type="checkbox"/> NOEL <input type="checkbox"/> HIVER <input type="checkbox"/> PÂQUES <input type="checkbox"/>	TOUSSAINT <input type="checkbox"/> NOEL <input type="checkbox"/> HIVER <input type="checkbox"/> PÂQUES <input type="checkbox"/>

ALSH GRANDES VACANCES :

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

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 Cadaujac à recueillir les informations concernant les ressources du foyer auprès de la CAF afin de calculer la tarification à appliquer pour l'ALSH.
- J'accepte que les factures me soient transmises de façon dématérialisée

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