

Prénom :

*Nom :
Etablissement scolaire :*



**Pays de Trie
et du Magnoac**

Livret d'inscription

- Service Enfance

- Service Ecole

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ecole et Accueil de loisirs

ENFANT	NOM	Prénom	Date de naissance/...../.....
Adresse		Transport scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Code Postal		Ville	
Lieu de naissance :		Sexe <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille	
Situation familiale des parents : <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacsé(es) <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Célibataire			

En cas de séparation ou absence d'autorité parentale : Fournir IMPERATIVEMENT la copie du jugement

Famille d'accueil : oui non

PERE	MERE
Autorité Parentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité Parentale <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Adresse	Adresse
Code Postal Ville	Code Postal Ville
Tel domicile	Tel domicile
Tel mobile	Tel mobile
Tel pro.	Tel pro.
Email	Email
Profession	Profession

FRERES et SOEURS

Nom :	Prénom.....	Date de Naissance
Nom :	Prénom.....	Date de Naissance
Nom :	Prénom.....	Date de Naissance
Nom :	Prénom.....	Date de Naissance

Adresse de facturation	Nom	Adresse
Si Différente	Prénom

REGIME : CAF Département (si hors département) MSA Autre

Autorisation CAF PRO N° allocataire : **(sans ce N° allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué)**

PERSONNES AUTORISEES à venir chercher l'enfant

**L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable.
Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.**

	Personne Mineure	Contacter en cas d'urgence
Nom :Prénom :Tel : Parentée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Port :		
Nom :Prénom :Tel : Parentée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Port :		
Nom :Prénom :Tel : Parentée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Port :		
Nom :Prénom :Tel : Parentée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non
Port :		

Si besoin, ajouter les personnes supplémentaires sur feuille libre

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

En cas d'accident ou de maladie, en fonction des soins nécessaires, le responsable de l'établissement ou l'agent de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac, fera appel aux **POMPIERS (Tél: 18) et vous préviendra immédiatement.**

Médecin : Tél :

DATE RAPPEL VACCINS

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (**à compléter impérativement**) :

Vaccination tous les 5 ans :

Vaccination antituberculeuse : BCG

Vaccination les infections invasives à pneumocoque :

Vaccination contre Hépatite B :

Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole :

Autres (Préciser) :

Préciser si votre enfant présente une allergie ou tout autre trouble de la santé :

Cela donne-t-il recours à un P.A.I. : Oui Non

Si oui, nous fournir la copie du P.A.I. et la trousse d'urgence, le premier jour de l'accueil, au nom et prénom de l'enfant.

ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE SERA DONNE SANS P.A.I.

Pour l'Accueil de Loisirs, se conférer au Règlement Intérieur Enfance ci-joint.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **Nom** **Prénom**

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

Nom **Prénom**

- Autorise, le cas échéant, le responsable de l'établissement et le personnel encadrant l'enfant au moment de l'évènement, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicale) pour l'admission en établissement de soins et à faire sortir l'enfant de l'hôpital après hospitalisation.

OUI NON

- Autorise mon enfant à quitter seul **les accueils (soir - mercredi - vacances)**

Se conférer à la fiche « Autorisation de Sortie »

OUI NON

- Autorise, si nécessaire, mon enfant à quitter l'établissement **encadré d'un animateur** dans le cadre des activités d'accueils

OUI NON

- Autorise à prendre des photos de mon enfant qui seront utilisées pour des supports photos ou vidéos afin de créer des maquettes d'information, les articles de presses locales, les bulletins communautaires, le site officiel de la CCPTM : www.paysdetrie.fr (aucune divulgation sur les réseaux sociaux), les affiches, etc....

OUI NON

En signant cette fiche, vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et attestez l'exactitude des informations transmises.

DATE/...../.....

SIGNATURE :



Voir au dos la liste des pièces à fournir pour inscription

