

DOSSIER D'INSCRIPTION  
(Service Enfance - ALSH Extérieur)

Année scolaire :  
**2025-2026**



Âge au  
01/09/2025

**ENFANT**

Sexe :  Garçon  Fille

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

Date de naissance ...../...../..... A .....

CLASSE : .....

ÉTABLISSEMENT  
.....  
.....

PAI : .....

JUGEMENT (Précision, garde...) : .....

FAMILLE D'ACCUEIL :

Adresse .....

Code Postal ..... Ville.....

Situation familiale des parents :  en couple  séparé(es)  veuf/veuve

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

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

NOM.....Prénom.....

Tel.....Email.....

Adresse .....

Code Postal..... Ville.....

Lien avec l'enfant.....

**FAMILLE  
D'ACCUEIL**

**RESPONSABLE LÉGAL 1**

Autorité parentale :  oui  non

NOM.....

PRENOM.....

Adresse : .....

Code Postal..... Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

**RESPONSABLE LÉGAL 2**

Autorité parentale :  oui  non

NOM.....

PRENOM.....

Adresse : .....

Code Postal..... Ville.....

Tel domicile.....

Tel mobile.....

Tel pro.....

Email.....

Profession.....

**RÉGIME D'APPARTENANCE**

CAF  MSA  Autre : .....

N° allocataire : .....

*(sans ce N° allocataire, le tarif le plus élevé sera appliqué)*

**NOM :**

**Prénom :**

## PERSONNES AUTORISÉES A 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.

Mineur

Si personne mineure : Fournir obligatoirement une autorisation parentale

**Attention** : un mineur ne peut pas récupérer un enfant de moins de 6 ans

Lien avec  
l'enfant

Ordre de  
priorité

Autorisé à  
être contacté

<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	6	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	7	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NOM.....	Prénom.....	Tel..... /.....	8	<input type="checkbox"/>

## PERISCOLAIRE / ACCUEILS DE LOISIRS

Votre enfant sera amené à fréquenter :

MERCREDI

VACANCES SCOLAIRES

## REGLEMENTS

ADRESSE DE FACTURATION :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Possibilité de payer vos factures :

- En ligne sur le site [www.ccptm.fr](http://www.ccptm.fr) (Rubrique VIVRE)
- Par prélèvement (fournir un RIB et joindre une autorisation SEPA)  
(Vous étiez prélevé l'année précédente et vos coordonnées bancaires n'ont pas changé : vous n'avez rien à fournir)

## ASSURANCE DE L'ENFANT

**Fournir obligatoirement dans le dossier l'attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire**

Numéro de police d'assurance : .....

Nom et adresse de la Compagnie d'assurance : .....



# AUTORISATIONS

## ❖ AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT OU 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 (Tel : 18) et vous préviendra immédiatement.

Je soussigné(e) **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, y compris les services de secours (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales), pour l'admission en établissement de soins et à faire sortir l'enfant de l'hôpital après hospitalisation : oui  non

## ❖ AUTORISATION DE SORTIE :

Autorise mon enfant à quitter seul :  non  oui, précisez ci-dessous :

LE MERCREDI		LES VACANCES	
à partir de 16h30	heure de départ	à partir de 16h30	heure de départ
<input type="checkbox"/> oui .....		LUNDI <input type="checkbox"/> oui .....	
		MARDI <input type="checkbox"/> oui .....	
		MERCREDI <input type="checkbox"/> oui .....	
		JEUDI <input type="checkbox"/> oui .....	
		VENDREDI <input type="checkbox"/> oui .....	

## ❖ AUTORISATION AU DÉPLACEMENT :

Autorise, si nécessaire, mon enfant à quitter l'établissement encadré d'un animateur dans le cadre des activités d'accueil :  oui  non

Autorise les agents de la CCPTM à transporter mon enfant dans un véhicule de la collectivité ou un transporteur extérieur pour participer aux activités :  oui  non

## ❖ AUTORISATION A L'IMAGE :

Autorise l'équipe pédagogique et journalistes à **PRENDRE** des photos de mon enfant :  oui  non

Autorise à **PUBLIER** des photos de mon enfant sur le(s) support(s) suivant(s) :

non  oui, précisez vos choix ci-dessous :

Supports de la Communauté de Communes du Pays de Trie et du Magnoac

La presse locale

Facebook

Instagram

En signant cette fiche, vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et attestez l'exactitude des informations transmises. AUCUN CHANGEMENT NE SERA PRIS EN COMPTE SANS PASSER AU BUREAU DE LA CCPTM

**Date et Signature,**