

Âge au
1^{er} septembre :

CLASSE :

ÉTABLISSEMENT :
.....
.....

Transport
scolaire :

Oui Non

Ligne :

NOM :
Prénom :

**DOSSIER D'INSCRIPTION
(Service École et Service Enfance)**

Année scolaire :

ENFANT

Sexe : Garçon Fille

NOM :

Prénom :

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



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 IMPÉRATIVEMENT la copie du jugement

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si parents indisponibles)

NOM.....Prénom.....

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

Adresse

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

Lien avec l'enfant.....



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.....

Je certifie l'inscription de l'enfant noté ci-dessus
A Trie-Sur-Baïse, le



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"/> |

FACTURATION

ADRESSE DE FACTURATION :

NOM :Prénom :

Adresse :

Possibilité de payer vos factures : * En ligne sur le site 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)

RÉGIME D'APPARTENANCE :

CAF MSA Autre :

N° allocataire :

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

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 :

LES ACCUEILS DU SOIR

à partir de 17h heure de départ

LUNDI oui

MARDI oui

JEUDI oui

VENDREDI oui

LE MERCREDI

à partir de 16h30

oui

Heure de départ

.....

LES VACANCES

à partir de 16h30 heure de départ

LUNDI oui

MARDI oui

MERCREDI oui

JEUDI oui

VENDREDI oui

❖ AUTORISATION AU DÉPLACEMENT :

Autorise, si nécessaire, mon enfant à quitter l'établissement encadré d'un animateur dans le cadre des activités d'accueil pendant la pause méridienne : 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 et/ ou après l'APC : oui non

Autorise les agents de la CCPTM à accompagner et/ou récupérer mon enfant aux activités extra-scolaire (associations sportives, culturelles...) sur le temps d'accueil : 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, y compris leurs sites internet

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
- Vous autorisez le partage des informations pour le bien être et la sécurité des enfants aux équipes pluridisciplinaires et pédagogiques.

Date :

Signature :