

PIECES A JOINDRE obligatoirement

DOCUMENTS									
Certificat de radiation si l'enfant est déjà scolarisé Ancien Dpt :									
Fiche passerelle									
Livret de famille									
Jugement des parents séparés ou divorcés									
Carnet de vaccination de l'enfant									
Attestation QS SPORT									
Attestation d'assurance EXTRA et PERI- SCOLAIRE de l'enfant									
Règlement intérieur									
Autorisation photos									
Adresse mail									
Attestation CAF hors département									
1 photo									

Prénom :

Nom :
Etablissement scolaire :



Livret d'inscription

- Service Enfance

- Service Ecole

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ecole et Accueil de loisirs

ENFANT NOM Prénom Date de naissance/...../.....
 Transport scolaire Oui Non
 Adresse Lieu de naissance :
 Code Postal Ville Sexe Garçon Fille

Situation familiale des parents : Mariés Concubinage Pacsé(es) Veuf/Veuve Séparés Célibataire

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

Famille d'accueil : oui non

PARENT 1

PARENT 2

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
 Possibilité de payer vos factures en ligne sur le site : www.ccpm.fr rubrique VIVRE— Paiement en ligne.

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	Contacté 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 Autre :

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 chirurgicales) 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)**

À la fin du temps d'accueil

OUI NON

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

OUI NON

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/...../.....

SIGNATURE :

