Âge au 01/09/2025 :

CLASSE :.....

ÉTABLISSEMENT :
.....
.....

DOSSIER D'INSCRIPTION
(Service École et Service Enfance)

Année scolaire :
2025-2026

Communauté de Communes Pays de Trie et du Magnoac

ENFANT Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

NOM :.....

Prénom :.....

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

☐ **PAI :**.....

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

☐ **FAMILLE D'ACCUEIL :** .....

Transport scolaire :

Oui ☐ Non ☐

Ligne :.....
.....
.....

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
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		1	☐
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		2	☐
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		3	☐
					4	☐
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		5	☐
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		6	☐
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		7	☐
					8	☐
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		9	☐
☐ NOM.....	Prénom.....	Tel.....	/		10	☐

REGLEMENTS

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)

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 : .....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

NOM :	PRENOM :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse.
Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

L'enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre obligatoirement une copie (ordonnance, fiche conduite à tenir…) et la trousse d'urgence avec le matériel nécessaire et les médicaments.

L'enfant a un besoin spécifique : ……

……

Joindre obligatoirement une attestation MDPH, attestation médicale ou autre

1/ VACCINATIONS (A compléter **OBLIGATOIREMENT** : se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Fournir une photocopie du carnet de santé

2/ RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il **un traitement médical** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre **une ordonnance** récente et **les médicaments** correspondants **(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :

- ASTHME ☐ Oui ☐ Non
- ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non
- MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen…) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (Si automédication, le signaler)**

……

……

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? ☐ Oui ☐ Non

……

……

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Coqueluche	Rhumatisme articulaire aigu
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Oreillons	Otite	Rougeole	Scarlatine	
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

3/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

……

4/ RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : …… **PRENOM :** ……

TEL DOMICILE …… **TEL TRAVAIL :** …… **TEL PORTABLE** ……

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

……

N° SECURITE SOCIALE dont dépend l'enfant……**(OBLIGATOIRE)**

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

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 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

Date et Signature,

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