

DOSSIER D'INSCRIPTION
(Service École et Service Enfance)

Année scolaire :
2025-2026



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 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)

Âge au
01/09/2025 :

CLASSE :

ÉTABLISSEMENT :
.....
.....

Transport
scolaire :

Oui Non

Ligne :

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 :

- ALAE MATIN CANTINE ALAE SOIR
 MERCREDI / VACANCES SCOLAIRES

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

FURNIR 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 : <input type="checkbox"/> non | | <input type="checkbox"/> oui, précisez ci-dessous : | | |
|---|-----------------|---|--|-------|
| LES ACCUEILS DU SOIR | | LE MERCREDI | LES VACANCES | |
| à partir de 17h | heure de départ | à partir de 16h30 | à partir de 16h30 heure de départ | |
| LUNDI <input type="checkbox"/> oui | | <input type="checkbox"/> oui | LUNDI <input type="checkbox"/> oui | |
| MARDI <input type="checkbox"/> oui | | | MARDI <input type="checkbox"/> oui | |
| JEUDI <input type="checkbox"/> oui | | Heure de départ | JEUDI <input type="checkbox"/> oui | |
| VENDREDI <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 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

❖ 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,