

*Prénom :*

*Nom :*  
*Etablissement scolaire :*



## **Livret d'inscription**

**- Service Enfance**

**- Service Ecole**

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ecole

**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  Oui  Non

Autorité Parentale  Oui  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.ccptm.fr](http://www.ccptm.fr) rubrique VIVRE—Paiement en ligne.

## 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 Contacter en cas d'urgence

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : ..... Parenté : .....   Oui  non  
Port : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : ..... Parenté : .....   Oui  non  
Port : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : ..... Parenté : .....   Oui  non  
Port : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : ..... Parenté : .....   Oui  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 Magnoc, 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 chirurgicale) pour l'admission en établissement de soins et à faire sortir l'enfant de l'hôpital après hospitalisation.

OUI  NON

- Autorise à prendre des photos de mon enfant qui seront utilisés pour des supports photos ou vidéos afin de créer des maquettes d'information, les articles de presses locales, les bulletins communautaires, le site officiel de la CCPTM : [www.ccptm.fr](http://www.ccptm.fr) (aucune divulgation sur les réseaux sociaux), les affiches, etc....

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 :



**Voir au dos la liste des pièces à fournir pour inscription**

