

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 :

LE MERCREDI

☐ oui Heure de départ :

LE VENDREDI

☐ oui Heure de départ :

LES VACANCES

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 : ☐ 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 : ☐ oui ☐ non

Autorise les agents de la CCPTM à récupérer mon enfant à la sortie du Collège : ☐ 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

☐ Tiktok

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 et Signature,

ÂGE AU 01.09.2026	DOSSIER D'INSCRIPTION (CLAC et ESPACE ADOS)		Année scolaire : 2026-2027
	ENFANT Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille NOM : Prénom : Date de naissance :/...../..... A Téléphone portable :		Communauté de Communes  Pays de Trie et du Magnoac
	☐ PAI : ☐ JUGEMENT (Précision, garde...) : ☐ FAMILLE D'ACCUEIL :		
NOM : Prénom :	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 (si parents indisponibles) 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.....	

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 | ☐ |
| ☐ NOM.....Prénom.....Tel..... /..... | 4 | ☐ |
| ☐ NOM.....Prénom.....Tel..... /..... | 5 | ☐ |
| ☐ NOM.....Prénom.....Tel..... /..... | 6 | ☐ |
| ☐ NOM.....Prénom.....Tel..... /..... | 7 | ☐ |
| ☐ NOM.....Prénom.....Tel..... /..... | 8 | ☐ |

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 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 Enfance Jeunesse.

-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 une attestation médicale ou autre si nécessaire) :

-Etes-vous bénéficiaire de l'AEEH ? : ☐ Oui ☐ Non Si oui, joindre une attestation AEEH

Si le mineur présente un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales**, des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter**, veuillez nous transmettre ces informations sous pli cacheté

1/ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

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 DÉJÀ 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)**

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

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

3/ 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

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.