



Dossier unique d'inscription

Année scolaire 2025-2026

**Le présent dossier est à remplir uniquement lors de votre 1^{ère} inscription.
Les autres années, vous n'aurez que la fiche sanitaire à remplir.**

ENFANT :

Nom : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____ à _____
Sexe : F M
Adresse de résidence de l'enfant : _____
Code postal et commune : _____
N° de Sécurité Sociale (sur lequel est rattaché l'enfant) : _____
Assurance responsabilité civile : _____ Numéro : _____
Etablissement fréquenté par l'enfant en 2024-2025 : _____
Classe fréquentée par l'enfant en 2024-2025 : _____

RESPONSABLE 1 :

Père Mère
 Autre : _____
NOM : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal et commune : _____
Tél. domicile : _____
Tél. portable : _____
Email : _____
N° d'allocataire CAF : _____
Nom de l'employeur : _____
Adresse : _____
Tél. professionnel : _____
Situation familiale :
 Marié(e) Concubin Pacsé
 Célibataire Séparé(e) Veuf(ve)
 Garde alternée Divorcé(e)

RESPONSABLE 2 :

Père Mère
 Autre : _____
NOM : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal et commune : _____
Tél. domicile : _____
Tél. portable : _____
Email : _____
N° d'allocataire CAF : _____
Nom de l'employeur : _____
Adresse : _____
Tél. professionnel : _____
Situation familiale :
 Marié(e) Concubin Pacsé
 Célibataire Séparé(e) Veuf(ve)
 Garde alternée Divorcé(e)

Existe-t-il (par décision de justice) une personne interdite à la prise en charge ? Oui Non
(dans le cas d'une réponse affirmative nous présenter une copie de la décision de justice)

PERSONNES À CONTACTER :

Nom : _____ Prénom : _____ Type : père, mère, autre (précisez) : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom : _____ Prénom : _____ Type : père, mère, autre (précisez) : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom : _____ Prénom : _____ Type : père, mère, autre (précisez) : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Nom : _____ Prénom : _____ Type : père, mère, autre (précisez) : _____ Téléphone : _____ Portable : _____ Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

INFORMATIONS MÉDICALES :

Médecin : _____ Téléphone : _____

Allergies : *si oui, préciser la cause et joindre le certificat médical*

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) *si oui, préciser la nature et joindre le PAI*

DISPOSITIFS MÉDICAUX :

Lunettes : Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui Non

Appareil dentaire : Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? Oui Non

Prothèse dentaire : Votre enfant porte-t-il une prothèse dentaire ? Oui Non

Appareil auditif : Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ? Oui Non

VACCINATIONS :

VACCINS	Date de la 1 ^{ère} injection	Date du rappel
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES :

AUTORISATIONS :

Partir seul : Nous autorisons notre enfant à rentrer seul de l'accueil périscolaire ALSH à notre domicile : Oui Non

Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant de les diffuser sur les différents supports de communication (*site, Facebook de la ville...*) : Oui Non

Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure : Oui Non

Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre toutes les mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant : Oui Non

Conseil des Usagers : Nous autorisons la communication de notre adresse mail au Conseil des Usagers : Oui Non

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITÉS :

Votre enfant fréquentera-t-il ? :

Accueil périscolaire du matin Oui Non

Pause méridienne (*restauration scolaire*) Oui Non

Accueil périscolaire du soir Oui Non

Centre de loisirs du mercredi (*en période scolaire*) Oui Non

Centre de loisirs des vacances scolaires Oui Non

*Ces informations nous permettront de procéder à l'ouverture des droits à nos différents services. **Il vous appartiendra de réserver les activités via le logiciel AGEDI.***

SERVICE DE TRANSPORT SCOLAIRE INTRA MUROS :

Votre enfant utilisera-t-il le service de bus ? Oui Non

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR :

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- Carnet de vaccination avec les nom et prénom de l'enfant
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Livret de famille complet
- Attestation d'assurance scolaire et extrascolaire
- Dernier avis d'imposition du foyer (*en cas de fréquentation des services périscolaires*)
- Si nécessaire : Certificat de radiation
- Si nécessaire : Acte de jugement ou Autorisation parentale de scolarisation
- Si nécessaire : Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)
- Si fréquentation : fiche de renseignements pour le service de transport scolaire intra-muros
- Si fréquentation : règlement intérieur 2025-2026 des services à l'enfance (*dernière page uniquement*)
- Si fréquentation : charte signée par le jeune (*pour le service jeunesse*)

RESPONSABLE 1 :

Fait à : _____

Le : _____

Signature :

RESPONSABLE 2 :

Fait à : _____

Le : _____

Signature :