



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

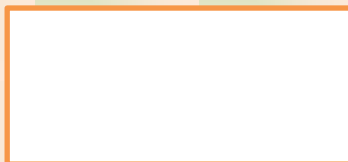


Cadre réservé à l'administration

TAMPON

ANNEE SCOLAIRE 2019-2020

| | |
|----------------|--|
| Date de retour | |
| Date de saisie | |
| Saisi Par | |



| | |
|-------------------|--|
| Ecole Jules ferry | |
| Ecole maternelle | |

- Fiche d'inscription sur la liste scolaire
- Fiche d'inscription ALAE (accueils matin, soir, restauration scolaire)
- Fiche Vill'Ado (11-17 ans) Sport vacances (11-17 ans) Espace Jeunes (14-17 ans)

Enfant

Nom - Prénom(s) :

Date de Naissance : Lieu de Naissance : Fille Garçon

Adresse :

Niveau : Date d'entrée (pour inscription en cours d'année) :

| Père | Mère |
|--|--|
| Nom : Prénom..... : | Nom : Prénom..... : |
| Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Autorité parentale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Adresse (si différente de celle de l'enfant) : | Adresse (si différente de celle de l'enfant) : |
| Profession: | Profession: |
| Téléphone domicile: | Téléphone domicile: |
| Téléphone portable : | Téléphone portable : |
| Courriel : | Courriel : |

Autre responsable légal

Nom ou organisme : Personne référente :

Fonction : Lien avec l'enfant :

Adresse :

Téléphone domicile : Téléphone portable: Courriel :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom : Prénom : Age :

↳ Coordonnées du Médecin Traitant :

Nom : Adresse : N°téléphone :

↳ L'enfant suit-il un traitement médical ? Non Oui

Projet d'Accueil Individualisé - PAI 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)

↳ Vaccinations : (se référer au carnet de santé de l'enfant ou au certificat de vaccinations de l'enfant.)

| Vaccinations obligatoires | Oui | Non | Dates (dernier rappel) | Vaccins recommandés | dates |
|---------------------------|-----|-----|------------------------|-----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons- Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT POLIO | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

(Une copie des vaccinations de votre enfant est obligatoire pour toutes inscriptions.)

Si l'enfant n'a pas de vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Attention : le vaccin Anti-Tétanique ne présente aucune contre indication.

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

Rubéole : oui non **Varicelle** : oui non **Angine**: oui non **Rhumatisme Articulaire aigu** : oui non
Coqueluche : oui non **Otite** : oui non **Rougeole** : oui non **Oreillons** : oui non **Scarlatine** : oui non

↳ Allergies :

Asthmes : oui non **Médicamenteuses** : oui non **Alimentaires** : oui non **Autres** :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir:

indiquez-ci après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et précautions à prendre).

Prothèses dentaires, etc... (précisez) :

Votre enfant bénéficie-t-il de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé : oui non









FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

1/ ASSURANCE DE L'ENFANT (Obligatoire) Pour toute participation aux 2 services ALSH et/ou ALAE proposée par la municipalité, l'enfant doit être couvert par une assurance individuelle accident et responsabilité civile en cours de validité.

Compagnie : ----- N° police d'assurance : -----

Fin de validité : ---/------/-----

2/ PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET /OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE. Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables. Un maximum de 3 contacts est demandé, en dehors du ou des parents déjà mentionnés sur le dossier.

| | |
|---|---|
| CONTACT 1 Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant Lien-----  -----  | CONTACT 2 Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant Lien-----  -----  |
| CONTACT 3 Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant Lien-----  -----  | CONTACT 4 Nom : Prénom : <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autorisée à venir chercher l'enfant Lien-----  -----  |

Signature des parents :

TARIFICATION SELON LE QUOTIENT FAMILIAL

Nouveau : Les factures seront à régler directement au Pôle enfance et jeunesse.

La tarification de l'ensemble des prestations scolaires est établie selon le quotient familial. Vous recevrez une facture mensuelle regroupant toutes les prestations de vos enfants.

A noter ! Pour les familles ne fournissant aucune information, le tarif maximal sera automatiquement appliqué, sans effet rétroactif, en cas de modification.

Souhaitez-vous recevoir vos factures par e-mail ? oui non

Adresse mail à laquelle vous souhaitez recevoir vos factures :

.....@.....

Nombre d'enfants à charge

vous êtes allocataire de la CAF de la Haute Garonne

Veillez indiquer votre numéro allocataire qui permettra de définir votre quotient familial.

autorise l'utilisation de CAFPRO/CDAP

Si pas d'autorisation, l'avis d'imposition est obligatoire.

vous n'êtes pas allocataire de la CAF de la Haute Garonne

Joindre au dossier la copie de votre dernier avis d'imposition.

MSA CAF autre département Autre cas Précisez :

Pôle Enfance et Jeunesse / pôle Sport- Place de l'ancienne sous-préfecture 31290 Villefranche de Lauragais

Tel : 05.62.16.65.24 Courriel : polejeunesse@mairie-villefranchedelauragais.fr

AUTORISATIONS

Toute fiche incomplète entraînera le rejet de l'inscription.

Je, soussigné(e),....., responsable de l'enfant
....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche :

- atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale,
- autorise mon enfant à quitter seul(e) l'**ALAE** (enfant scolarisé en élémentaire seulement, âgé de plus de 6ans)
- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur **ALAE** et joins à ce dossier le coupon d'acceptation dûment signé.
- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur **VILL'ADO**, et joins à ce dossier le coupon d'acceptation dûment signé.
- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur **SPORT VACANCES**, et joins à ce dossier le coupon d'acceptation dûment signé.
- certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur **ESPACE JEUNES**, et joins à ce dossier le coupon d'acceptation dûment signé.
- autorise le responsable du Pôle Enfance Jeunesse, de l'**ALAE / VILL'ADO / SPORT VACANCES / ESPACE JEUNES** à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (hospitalisation, traitement médical et intervention chirurgicale).
- autorise les animateurs de l'**ALAE/ VILL'ADO /SPORT VACANCES/ESPACE JEUNES**, ainsi que tout type de médias, à réaliser des reportages photos ou vidéos, en vue de leur publication ou diffusion (blog, site de la ville, journal local...)
- autorise mon enfant, accompagné d'animateur(s) de l'**ALAE / VILL'ADO / SPORTS VACANCES / ESPACE JEUNES** à sortir de l'établissement pendant les activités périscolaires et extrascolaires.

Fait à Villefranche, le

Signature du/des responsable(s) légal (aux) :

COUPON D'ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR 2019/2020

Je soussignée M, Mme déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur 2019/2020 et m'engage à le respecter.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :

AUTORISATION DE DIFFUSION CNIL

Nom : Prénom : Classe :

REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT :

Représentations photographiques de l'enfant et enregistrements sonores de sa voix :

Sous réserve de préserver l'intimité de sa vie privée et que le fichier informatique les contenant ait fait l'objet d'une déclaration préalable à la Commission Nationale Informatique et Liberté, vous autorisez l'équipe de l'ALAE/ VILL'ADOS / SPORT VACANCES / ESPACE JEUNES responsable du projet, pour une durée de 1 an à dater de la présente, à reproduire et à diffuser ces photographies ou ces renseignements sans contrepartie financière pour :

- Diffusion sur internet
- Diffusion sur tous supports numériques (cédérom, dévédérom...) à destination des familles, du personnel de l'ALAE/ VILL'ADOS / SPORT VACANCES / ESPACE JEUNES
- Représentation sur grand écran dans toutes manifestations périscolaires ou extrascolaire

Créations de formes originales (dessins, écrits, photographies et toutes sortes de réalisations).
S'agissant des créations (dessins, écrits, photographies et toutes sortes de réalisations intellectuelles) que votre enfant serait amené à réaliser lors des temps ALAE / VILL'ADOS / SPORT VACANCES / ESPACE JEUNES :

Vous autorisez l'équipe de l'ALAE / VILL'ADOS / SPORT VACANCES / ESPACE JEUNES à les utiliser sans contrepartie financière et pour une durée des droits d'auteur, au fur et à mesure de leurs créations, à des fins non commerciales et dans un but strictement pédagogique ou éducatif pour :

- diffusion sur internet
- diffusion sur tous supports numériques (cédérom, dévédérom...) à destination des familles, du personnel de l'ALAE/ VILL'ADOS / SPORT VACANCES / ESPACE JEUNES
- représentation sur grand écran dans toutes manifestations scolaires, périscolaires ou extrascolaire.

Je donne mon accord à: (compléter par oui ou non)

La diffusion de représentations photographiques de mon enfant :

La diffusion d'enregistrements sonores de sa voix :

La diffusion de créations réalisées par mon enfant :

Ajouter la mention manuscrite « lu et approuvé - bon pour accord »

Fait à, le

Signature du /des responsable(s) légal(aux) :

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|