



Pièces obligatoires à fournir pour Inscriptions

à l'École Maternelle et Élémentaire

Cantine - Alaé - ALSH des Mercredis - Vacances Scolaires

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

- Livret de famille
ou à défaut
 - Acte d'état civil
 - Pièce d'identité des parents et/ou de la personne qui effectue l'inscription
(Dans le cas où l'inscription est confiée à 1 tierce personne, autorisation écrite des parents)
- Justificatif de domicile récent—de moins de 3 mois (EDF / Téléphone) ou
Certificat d'hébergement avec attestation sur l'honneur de l'hébergeant
- Pour les parents divorcés ou séparés :
. Le dernier acte de jugement fixant l'autorité parentale et le domicile de l'enfant
ou une lettre d'attestation de l'avocat. (fournir l'adresse et le courriel du second parent)
- Pour les parents séparés à l'amiable :
. justificatif de la situation familiale avec accord écrit du second parent
- Une photo d'identité de l'enfant
- Carnet de santé avec vaccinations obligatoires à jour
- Attestation d'assurance en Responsabilité Civile et Individuelle Accident,
en cours de validité, couvrant l'enfant

En application de l'article 372-2 du code civil
• chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale •

Réservé Service

Visé par

Dossier complet à retourner au Service Enfance Jeunesse Éducation
Maison de Services au Public - 5 rue de la Maternité - 09100 PAMIERS

Tél - 05.34.01.09.10 Courriel - guichet.famille@ville-pamiers.fr

Dossier Incomplet...

Manque pour Instruction les pièces suivantes :

◇

◇

◇

A Pamiers, le

Vu par,
Le responsable

Le Service

Dossier Complet

Remis au Service par

A Pamiers, le

Le responsable

Le Service



Service Enfance-Jeunesse-Éducation

Fiche de renseignements Famille

Situation familiale

Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire Vie maritale Pacsé

Responsable 1 - Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

* E.mail :

Profession : Employeur :

Tél. direct : Tél. standard :

Responsable 2 - Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

* E.mail :

Profession : Employeur :

Tél. direct : Tél. standard :

* N° allocataire C.A.F. Département C.A.F.

Quotient Familial Aides aux Temps Libres (année en cours) : OUI NON

Adresse de Facturation (si différente de celle ci-dessus)

Fiche de renseignements Famille

Autre personne responsable légal
Personne physique ou morale

Responsable 3

Madame

Monsieur

Tuteur/Tutrice ou autres

Organisme :

Personne référente : NOM Prénom

Adresse :

Autorité parentale : oui non

Fonction :

Lien avec l'enfant :

Tél. domicile :

Tél. portable :

* **E.mail :**

Régime couverture sociale : CPAM MSA MGEN AUTRES

N° de sécurité sociale :

N° allocataire de l'enfant :

Si la personne exerce une activité professionnelle hors de son domicile

Employeur :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. standard : Tél. direct :

E.mail :

Fiche de renseignements Enfant

photo

NOM : Prénoms :

Date de naissance : Sexe : F M

Lieu de naissance : Département de naissance :

Régime couverture sociale : CPAM MSA MGEN AUTRES

N° de Sécurité Sociale :

Compagnie d assurance :

N° de Contrat :

LES DEUX PARENTS SONT-ILS TITULAIRES PLEINEMENT ET CONJOINTEMENT DE L'AUTORITE PARENTALE ? OUI NON

*Si les deux parents ne sont pas titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale : Joindre la copie de l'acte **

Réservé au Service

	Etablissement scolaire fréquenté	
	Au moment de l'inscription	Pour l'inscription à venir
Maternelle <input type="radio"/>	Classe	Classe
Élémentaire <input type="radio"/>	Classe	Classe

Nombre total d'enfants à charge déclarés à la CAF ou MSA ou AUTRE :

Noms et prénoms des frères et sœurs ainsi que l'âge : Nombre :

1er	Age : ans	4e	Age : ans
2e	Age : ans	5e	Age : ans
3e	Age : ans	6e	Age : ans

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Autorisations

A.L.A.E. ACCUEIL DE LOISIRS

Je soussigné(e)..... agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, autorise la structure à utiliser des photos ou vidéos de notre enfant prises au cours des activités sur les différents supports qu'utilise la ville pour sa communication :

Oui Non

Enfants de plus de 6 ans Peut-il quitter seul les structures municipales :

- après la classe du midi Oui Non
- après la classe du soir Oui Non
- après l'A.L.A.E. ou l'Accueil de Loisirs à midi ou le soir Oui Non

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Le Service Enfance Jeunesse Éducation se décharge de toute responsabilité, si une personne mineure est autorisée à récupérer l'enfant.

1° NOM Prénom Tél.

Adresse Lien avec l'enfant

2° NOM Prénom Tél.

Adresse Lien avec l'enfant

3° NOM Prénom Tél.

Adresse Lien avec l'enfant

4° NOM Prénom Tél.

Adresse Lien avec l'enfant

5° NOM Prénom Tél.

Adresse Lien avec l'enfant

Fiche médicale

destinée au service Enfance-Jeunesse
(à remplir par la famille)

Je soussigné(e) responsable de l'enfant
..... déclare exacts les renseignements portés
sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes les
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de santé de l'enfant.

NOM du médecin traitant :

Adresse :

..... Tél.

L'enfant présente-t-il des troubles de santé particuliers, si oui, lesquels (ex : allergies, asthme, intolérances, etc...)

Du fait de cette maladie, l'enfant suit-il un traitement médical (permanent ou ponctuel) particulier ?

Oui **Non**

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants si ceux-ci doivent être
administrés pendant son temps d'accueil.

En fonction du degré des troubles de santé de votre enfant, une procédure particulière sera mise en route.

Vaccinations

. Vaccins obligatoires : D.T.P. Date du dernier rappel :

Si l'enfant n'est pas à jour des vaccinations obligatoires, joindre obligatoirement un certificat de contre-indication

Je soussigné(e)

Certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur les Fiches 1 - 2 et 3 de ce dossier.

A..... Le
Signature,

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Certificat Médical de non contre indication

(à faire remplir par le médecin ou sur papier libre)

vous sera demandé pour toutes les activités sportives proposées par le Service

Je soussigné(e) Dr certifie avoir
examiné

..... né(e) le

et le déclare apte à pratiquer toutes les activités sportives et nautiques mises en place dans
le cadre des programmes d'animation des différentes structures municipales (Service
Enfance-Jeunesse, Service des Sports), excepté (citer exactement les activités non praticables)

.....
.....

Fait à, le

Cachet et signature du médecin obligatoires,