



# 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 du parent qui effectue l'inscription  
(dans le cas où l'inscription est confiée à une tierce personne, autorisation écrite des parents) et carte d'identité du père, de la mère et de la personne mandatée)
- 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 (fournir l'adresse et le courriel du second parent) Ou une lettre d'attestation de l'avocat.
- 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

Réservé Service

Visé par .....

**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 »

### 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





# 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,