

MAIRIE DE SAUSSINES
34160 Saussines



04.67.86.62.31
accueil@mairie-saussines.fr

PHOTO
OBLIGATOIRE

Non agrafée

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

ANNEE 2024/2025

ENFANT

Sexe : Masculin Féminin

Nom : _____

Prénoms : _____

Né(e) le : _____ Ville de naissance : _____

Nationalité : _____ Pays de naissance : _____

Adresse : _____

CP : _____ Commune : _____

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date dépôt dossier : _____ Classe : _____ Dossier complet : oui non

- Pièces jointes :** livret de famille (Ecole) carnet de vaccination ou attestation (Ecole/ALP)
 Attestation carte vitale (Ecole/ALP) Attestation CAF < 1 mois (Mairie) PAI (Ecole/ALP)
 Justification de domicile (moins de 3 mois si facture) (Ecole) Certificat de radiation (Ecole)
 Photos identité (4 pour PS-MS + 1 sur dossier) (Ecole) Attestations assurances (Ecole/ALP)

Si dossier déposé par 1 seul parent : Attestation autorisation inscription scolaire (Ecole) + copie CNI

Si projet construction sur la commune : Acte notarié - PC

Si hébergé(s) : Attestation hébergeant - CNI hébergeant - Justif dom hébergeant - Justif dom hébergé

En cas de divorce : extrait jugement divorce / mode de garde - si autorité conjointe, attestation du second parent / choix du parent faisant l'inscription

En cas de séparation sans jugement de divorce : attestation du parent n'ayant pas la garde durant la période scolaire stipulant qu'il accepte le choix du parent faisant l'inscription

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 :	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
NOM :			
Prénoms :			
Date de Naissance :			
Adresse :			
Téléphone portable :			
Courriel :			
Profession : (voir codifications ci-dessous)			
Autorité Parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Prévenir en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Payeur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Responsable légal 1 :	Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
NOM :			
Prénoms :			
Date de Naissance :			
Adresse :			
Téléphone portable :			
Courriel :			
Profession : (voir codifications ci-dessous)			
Autorité Parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Prévenir en cas d'urgence : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
Payeur : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

Codifications des professions et catégories sociales

10-Agriculteurs exploitants	55-Employés de commerce
21-Artisans	56-Personnels des services directs aux particuliers
22-Commerçants et assimilés	62-Ouvriers qualifiés de type industriel
23- Chefs d'entreprise de 10 salariés et plus	63- Ouvriers qualifiés de type artisanal
31-Professions libérales	64-Chauffeurs
33-Cadres de la fonction publique	65-Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage, du transport
34-Professeurs, professions scientifiques	67-Ouvriers non qualifiés de type industriel
35-Professions de l'information, des arts et des spectacles	68-Ouvriers non qualifiés de type artisanal
37-Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	69-Ouvriers agricoles
38-Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	71-Retraités agriculteurs exploitants
42-Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	72-Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
43-Professions intermédiaires de la santé et du travail social	74-Anciens cadres
44-Clergé, religieux	75-Anciennes professions intermédiaires
45-Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	77-Anciens employés
46-Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	78-Anciens ouvriers
47-Techniciens	81-Chomeurs n'ayant jamais travaillé
48-Contremaîtres, agents de maîtrise	83-Militaires du contingent
52-Employés civils, agents de service de la fonction publique	84-Elèves, étudiants
53-Policiers et militaires	85-Personnes sans activité professionnelle <60 ans (sauf retraités)
54-Employés administratifs d'entreprises	86-Personnes sans activité professionnelle >=60 ans (sauf retraités)

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Situation actuelle

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

Célibataire

Divorcé

Séparé

Veuf(ve)

Pacsé

Marié

Union libre

Garde chez un seul responsable légal (à préciser) : _____

Garde alternée :

- Semaine paire chez : _____

- Semaine impaire chez : _____

Régime d'assurance maladie

CPAM

MSA

Autre : _____

CAF : numéro d'allocataire _____

Hérault

Autres _____

Services périscolaires

Restaurant scolaire :

Oui

Non

Plat de substitution :

Oui

Non

Si oui :

Sans viande

Sans porc

Végétarien

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE DE L'ÉCOLE OU DU PÉRISCOLAIRE (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Lien avec l'enfant :

Personne à contacter en cas d'urgence et autoriser à venir chercher l'enfant

Personne autorisée à venir chercher l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Lien avec l'enfant :

Personne à contacter en cas d'urgence et autoriser à venir chercher l'enfant

Personne autorisée à venir chercher l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Lien avec l'enfant :

Personne à contacter en cas d'urgence et autoriser à venir chercher l'enfant

Personne autorisée à venir chercher l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____ Tél. : _____

Lien avec l'enfant :

Personne à contacter en cas d'urgence et autoriser à venir chercher l'enfant

Personne autorisée à venir chercher l'enfant

Procédure d'urgence :

1. Appel du SAMU ou des pompiers
2. Appel des parents ou responsables légaux. A défaut, appel aux contacts mentionnés
3. Transfert de l'enfant vers le CHU ou autres établissements, par les services d'urgence

ÉCOLE PRÉCÉDENTE :

Publique

Privée

Nom : _____

Adresse : _____

Dernière classe suivie dans cette école : _____

FRÈRE(S) ET SŒUR(S) SCOLARISÉS SUR LA COMMUNE

NOM / PRENOM : _____ Classe : _____

NOM / PRENOM : _____ Classe : _____

NOM / PRENOM : _____ Classe : _____

NOM / PRENOM : _____ Classe : _____

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant en classe de CM1-CM2 à sortir seul de l'établissement scolaire : Oui Non

En cas d'accident, l'Accueil de Loisirs Périscolaires décline toutes responsabilités.

J'autorise mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'ALP : Oui Non

J'autorise l'établissement d'accueil à photographier/filmer mon enfant lors des temps périscolaires :

Non Oui - Si oui : Fête de Noël - Carnaval - Fête de fin d'année - Sorties - Activités annuelles

J'autorise la diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographies/vidéos : Oui Non

Si oui : affichage dans ALP Bulletin Municipal Sites Internet de la Commune et des ALP Presse locale

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son image ne pourra faire l'objet d'une quelconque captation, fixation, enregistrement, utilisation ou diffusion.

ENGAGEMENT DES RESPONSABLES LÉGAUX (signatures obligatoires)

Le ou les responsables légaux déclare(nt) sur l'honneur que tous les renseignements fournis ci-dessus sont exacts et autorise(nt) la Direction de l'Accueil de Loisirs Périscolaire à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) nécessaire par l'état de l'enfant.

Fait à : _____

Fait à : _____

Le : _____

Le : _____

Signature responsable légal 1

Signature responsable légal 2

Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994).

Les informations et justificatifs recueillis font l'objet d'un traitement destiné à la délivrance des prestations demandées. Ils sont protégés et seront conservés pendant la durée légale et celle de leur utilité. Les destinataires en sont les services de la Ville délivrant ces prestations.

Conformément au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez sous conditions et sauf exceptions d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité d'opposition, de limitation des traitements, de retrait de votre consentement à tout moment, et de réclamation auprès de la CNIL.

Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter la Mairie par courrier ou par mail à accueil@mairie-saussines.fr

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES SECOURS

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière scolaire.

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance de l'enfant : _____

Nom et adresse des responsables légaux (noter l'adresse où est domicilié l'enfant) :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

- N° de téléphone du domicile : _____
- N° du portable du responsable légal 1 : _____
- N° du travail du responsable légal 1 : _____
- Lien de parenté avec l'enfant : _____

- N° du portable du responsable légal 2 : _____
- N° du travail du responsable légal 2 : _____
- Lien de parenté avec l'enfant : _____

Nom et n° de téléphone d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement :

ASSURANCES (2 copies des attestations sont à joindre au dossier)

Responsabilité civile :

Compagnie d'assurance (Nom, adresse, numéro de contrat) :

Individuelle accident :

Compagnie d'assurance, si différente de l'assurance responsabilité civile (Nom, adresse, numéro de contrat)

INFORMATIONS MEDICALES

GROUPE SANGUIN DE L'ENFANT : _____

VACCINATIONS (cocher la case correspondante)

- Attestation du médecin (qui certifie que l'enfant est vacciné)
- Photocopie du carnet de santé (pages des vaccins seulement)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

L'enfant porte-t-il :

Des prothèses auditives des lunettes des lentilles des prothèses dentaires

Autre Préciser : _____

L'enfant a-t-il :

- De l'Asthme : Non Oui
- Des allergies : Non Oui Préciser : _____
- Un PAI (Projet Accueil Individualisé) Non Oui

Si OUI, fournir une photocopie du PAI et compléter ci-dessous :

- Alimentaire Préciser : _____
- Panier repas fourni par la famille Oui Non
- Autres Préciser : _____

Autres difficultés de santé à signaler : _____

Fait à : Le :

Signature Responsable légal 1

Signature Responsable légal 2

Lien de parenté : _____

Lien de parenté : _____