

# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Nom : .....  | Prénom : .....                      |
| Date de naissance : .....  | Classe : .....                      |
| Scolarisation : <input type="checkbox"/> Ecole maternelle <input type="checkbox"/> Ecole élémentaire <input type="checkbox"/> Collège <input type="checkbox"/> Lycée | <input type="checkbox"/> à domicile |
| <input checked="" type="checkbox"/> Institution (IME, ITEP, IEM, IES, ...) voir page 2   |                                     |
| Établissement concerné : .....   |                                     |

## SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Marié           | <input type="checkbox"/> Mère Célibataire | <input type="checkbox"/> Garde alternée    |
| <input type="checkbox"/> Parents Séparés | <input type="checkbox"/> Père Célibataire | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil |
| <input type="checkbox"/> Vie Maritale    | <input type="checkbox"/> Veuvage          |  |

### RESPONSABLE LEGAL

| <input type="checkbox"/> PERE | <input type="checkbox"/> MERE | <input type="checkbox"/> AUTRE |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| NOM :                         |                               |                                |
| Prénom :                      |                               |                                |
| Adresse :                     |                               |                                |
| Code Postal :                 |                               |                                |
| Ville :                       |                               |                                |
| Tel domicile :                |                               |                                |
| Portable :                    |                               |                                |
| @ :                           |                               |                                |
| N° Sécurité Sociale :         |                               |                                |
| Profession :                  |                               |                                |
| Employeur :                   |                               |                                |
| Tel professionnel :           |                               |                                |

### RESPONSABLE LEGAL

| <input type="checkbox"/> PERE | <input type="checkbox"/> MERE | <input type="checkbox"/> AUTRE |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| NOM :                         |                               |                                |
| Prénom :                      |                               |                                |
| Adresse :                     |                               |                                |
| Code Postal :                 |                               |                                |
| Ville :                       |                               |                                |
| Tel domicile :                |                               |                                |
| Portable :                    |                               |                                |
| @ :                           |                               |                                |
| N° Sécurité Sociale :         |                               |                                |
| Profession :                  |                               |                                |
| Employeur :                   |                               |                                |
| Tel professionnel :           |                               |                                |

Numéro Allocataire CAF : ..... ou M.S.A ..... (impératif)

## PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE SI VOUS N'ETES JOIGNABLE et/ou AUTORISEE A RECUPERER L'ENFANT :

|                                    |              |           |
|------------------------------------|--------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> NOM ..... | PRENOM ..... | Tel ..... |
| <input type="checkbox"/> NOM ..... | PRENOM ..... | Tel ..... |
| <input type="checkbox"/> NOM ..... | PRENOM ..... | Tel ..... |

### Votre enfant fréquentera :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Le matin (Ecole Met) : de 7 h 30 à 8 h 40      | <input type="checkbox"/> Le soir (Ecole Met) : de 16 h 30 à 18 h 00      |
| <input type="checkbox"/> Le matin (Ecole Noguères) : de 7 h 30 à 8 h 30 | <input type="checkbox"/> Le soir (Ecole Noguères) : de 16 h 30 à 18 h 00 |
| <input type="checkbox"/> Le matin (Ecole Alain) : de 7 h 30 à 8 h 40    | <input type="checkbox"/> Le soir (Ecole Alain) : de 16 h 15 à 18 h 30    |
| <input type="checkbox"/> Le matin (Ecole Desnoyer) : de 7 h 30 à 8 h 40 | <input type="checkbox"/> Le soir (Ecole Desnoyer) : de 16 h 15 à 18 h 30 |

### Le centre de loisirs « Francis Gatounes »

- Les mercredis       Les vacances scolaires

### La maison des jeunes

- Le soir : 16 h 00 à 18 h 00       Les mercredis et samedis : 14 h 00 à 18 h 00       Vacances Scolaires

**MODALITE D'ENTRETIEN ET DE SAISINE AVEC L'ASSOCIATION HAND'AVANT 66**

Afin de favoriser un accueil de qualité pour les mineurs en situation de handicap, les responsables légaux ayant coché les cases signalées en rouge ci-dessous, peuvent bénéficier d'une rencontre avec Hand'avant 66 et d'une proposition d'accompagnement de l'accueil selon leurs convenances.

L'enfant bénéficie-t-il d'un projet personnel de scolarisation (P.P.S) ?

Le P.P.S propose des dispositifs tels que : AVS/AESH – ULIS – matériel adapté...

Pour garantir la qualité de l'accueil une rencontre vous sera proposée par rapport aux besoins particuliers de votre enfant, si nécessaire.

- Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

**REGIME ALIMENTAIRE**

A détailler dans la fiche sanitaire en cas de troubles de la santé, allergies, Projet d'accueil individualisé (PAI), autres...

- Aucun  Allergie  Autres troubles de santé  Autres Préciser .....

**SUIVI COMPLEMENTAIRE (CAMPS, CMP, CMPP, Hôpital de jour)**

Pour garantir la qualité de l'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers de votre enfant

- Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

**BENEFICIAIRE DE L'AEHH**

Recensement du nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers de l'enfant dans la structure.

- Oui  Non  Ne souhaite pas répondre

**REMARQUES COMPLEMENTAIRES CONCERNANT L'ENFANT** Renseigner les éléments si nécessaire

.....  
.....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Nom du médecin et n° de téléphone : .....

- **Votre enfant suit-il un traitement régulier ?**  oui  non

Si oui, joindre l'ordonnance du médecin.

- Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, etc. (précisez) : .....

- **Votre enfant a-t-il des contre-indications à la pratique d'activités physiques et sportives ?**

oui (si oui, lesquelles : .....)  
 non

**Recommandations des parents :** indiquez les maladies, allergies, si existence d'un PAI (le fournir)

(Ne seront prises en compte que les allergies ou intolérances signalées par un allergologue).

.....  
.....

**AUTORISATIONS PARENTALES :**

Je Soussigné(e)..... Responsable légal de l'enfant.....

• **SANTE :**

► **Déclare exact** les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et autorise le responsable, lors des temps périscolaires et extrascolaires, à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant :  
(Cocher les cases correspondantes)

- Traitement médical  Hospitalisation  
 Intervention chirurgicale  Anesthésie générale

• **TRANSPORT :**

- **Autorise** celui-ci à rentrer seul à notre domicile après :  le Centre de Loisirs  Le périscolaire primaire et Maison des jeunes le soir
- **Autorise** les animateurs à accompagner mon enfant sur les sites d'activité à pied ou en autocar.  OUI  NON
- **Autorise** le transport de mon enfant de l'école Noguères à la cantine de l'école Alain en autocar, pour le déjeuner de midi

• **TRANSPORT SCOLAIRE :**

Pour les enfants fréquentant le service de ramassage scolaire (préciser l'arrêt du bus) : .....  
LE MATIN.....ou/et LE SOIR.....

- **Autorise** mon enfant à rentrer seul après le ramassage scolaire  
 OUI  NON

- **Autorise** mon enfant à sortir de la Maison des Jeunes sans être accompagné par un animateur, lorsque mon enfant souhaite se rendre à l'extérieur (pour rejoindre des copains, acheter des bonbons ou se rendre à son domicile...). Dès que l'enfant quitte la structure, l'équipe d'animation n'est plus responsable de l'adolescent.  
 OUI  NON

### **DROIT A L'IMAGE**

J'autorise la Mairie de Saint-Cyprien et/ou la C.C Sud Roussillon à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique pour la présentation et l'illustration des temps périscolaires et extrascolaires municipaux, à réaliser des prises de vue mettant en scène mon enfant et à utiliser librement les photocopies et/ou les vidéogrammes sur lesquels figure mon enfant pour illustrer les diverses publications quel qu'en soit le support présentant les actions réalisées, sans demander ni rémunération, ni droit d'utilisation pour les utilisations citées. Les légendes accompagnant ces illustrations ne devront pas porter atteinte à la réputation ou à la vie privée de mon enfant, conformément aux lois en vigueur.

Oui

Non

### **TRAITEMENT DES DONNES PERSONNELLES :**

Le service animation jeunesse enfance et la régie municipale de la ville de Saint-Cyprien collectent et traitent vos données personnelles au sein du logiciel Domino' Web. Ce logiciel permet la gestion de la restauration scolaire, des structures scolaires, d'accueil et de loisirs.

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant.....

Accepte le traitement de mes données et /ou des données de mon enfant

N'accepte pas le traitement de mes données et /ou des données de mon enfant

### **FACTURATION**

AU DOMICILE PRINCIPAL DU PERE

AU DOMICILE PRINCIPAL DE LA MERE

AU DOMICILE PRINCIPAL ALTERNE

Je déclare avoir pris connaissance de(s) règlement(s) intérieur(s) consultable(s) à l'adresse [www.saint-cyprien.com](http://www.saint-cyprien.com) .

J'autorise le service à consulter mon compte CAFPRO/CDAP sur Internet.

Fait à ..... Le :.....

*Signature du responsable précédée de la mention « Lu et approuvé ».*

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé cf. au Règlement Européen sur la protection des données (RGPD). Vous pouvez exercer vos droits en contactant le délégué à la protection des données ou en introduisant une réclamation auprès de la CNIL.*

### **RECAPITULATIF DES DOCUMENTS A FOURNIR**

☒ Attestation d'assurance extra-scolaire ou de responsabilité civile

☒ Justification de domicile de - 3 mois (facture de téléphonie, quittance de loyer ....)

☒ Justificatif d'emploi ( 3 derniers bulletins de salaire, extrait KBIS en cours ou déclaration URSSAF)

☒ Photocopie du livret de famille

☒ Photocopie du jugement de divorce et des annexes et conventions s'il y a lieu

☒ Fiche de planification **REPAS CANTINE** des jours de présence hebdomadaire complétée

☒ Fiche de planification **CENTRE DE LOISIRS** des mercredis complétée

☒ Attestation CAF (ou MSA)

☒ Attestation de savoir nager 25 m et s'immerger (pour les enfants de +6 ans fréquentant le Centre de Loisirs ou la Maison des Jeunes)

☒ Photocopie du carnet de vaccination

☒ P.A.I. si existant