

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE RÉSERVATION par foyer 2016-1017

Pour les familles qui n'ont jamais complété de D.U.I.

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Photo récente à coller	Photo récente à coller	Photo récente à coller
NOM :	NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :	Date de naissance :
Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M	Sexe : <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Etablissement scolaire :	Etablissement scolaire :	Etablissement scolaire :
Classe 2016/2017 :	Classe 2016/2017 :	Classe 2016/2017 :



RÉSERVATION ACCUEILS PERI ET EXTRA SCOLAIRES : Je coche l'(les) accueil(s) que va (vont) fréquenter mon/mes enfant(s) :

	INSCRIPTION PERISCOLAIRE		INSCRIPTION EXTRASCOLAIRE
Public	Enfants : PS > CM2		Enfants : PS > CM2
Périodes	Temps scolaires		Vacances scolaires
Enfant 1	<input type="checkbox"/> A.L.A.E.	<input type="checkbox"/> RESTAURANT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS
Enfant 2	<input type="checkbox"/> A.L.A.E.	<input type="checkbox"/> RESTAURANT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS
Enfant 3	<input type="checkbox"/> A.L.A.E.	<input type="checkbox"/> RESTAURANT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS



INSCRIPTION PERISCOLAIRE : Je coche les jours de fréquentation à l'ALAE et au Restaurant Scolaire : ⓘ Facturation à la présence réelle

	ALAE MATIN 7h30-8h35					REPAS MIDI / ALAE 11h45-13h35					ALAE SOIR 16h00-18h30				ALAE MERCREDI APRES-MIDI 13h35-18h30
	L	M	Me	J	V	L	M	Me	J	V	L	M	J	V	Mercredi
Enfant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
L'enfant suit-il un traitement particulier ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	L'enfant suit-il un traitement particulier ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	L'enfant suit-il un traitement particulier ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
Allergies ou problèmes médicaux ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, le(s)quel(s) ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	Allergies ou problèmes médicaux ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, le(s)quel(s) ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	Allergies ou problèmes médicaux ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, le(s)quel(s) ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
Régime alimentaire spécifique ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	Régime alimentaire spécifique ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	Régime alimentaire spécifique ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>
L'enfant est-il en situation de handicap ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	L'enfant est-il en situation de handicap ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	L'enfant est-il en situation de handicap ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	A-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	A-t-il un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précisez : <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
Groupe sanguin de l'enfant : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Groupe sanguin de l'enfant : <input style="width: 100px;" type="text"/>	Groupe sanguin de l'enfant : <input style="width: 100px;" type="text"/>
NOM du médecin traitant : <input style="width: 400px;" type="text"/>		Téléphone : <input style="width: 150px;" type="text"/>



PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER MON (MES) ENFANT(S) AUTORISATIONS / ASSURANCE / RÉGIME

► Toute personne n'étant pas inscrite sur cette liste ne sera pas autorisée à récupérer l'enfant.

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	NOM : <input style="width: 90%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tél. : <input style="width: 90%;" type="text"/> Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Grands-parents <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :
J'autorise mon enfant à partir seul		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assurance		
<input type="checkbox"/> Responsabilité civile <input type="checkbox"/> Individuelle accident Compagnie d'assurance : <input style="width: 90%;" type="text"/> Numéro de contrat : <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile <input type="checkbox"/> Individuelle accident Compagnie d'assurance : <input style="width: 90%;" type="text"/> Numéro de contrat : <input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile <input type="checkbox"/> Individuelle accident Compagnie d'assurance : <input style="width: 90%;" type="text"/> Numéro de contrat : <input style="width: 90%;" type="text"/>
J'autorise la publication de l'image de mon enfant		
L'ALAE, l'ACCUEIL DE LOISIRS et le SERVICE JEUNES peuvent être amenés à diffuser les photos et vidéos prises pendant les temps d'accueil et sur lesquelles mon enfant pourrait paraître : magazine municipal « La Fount », site internet www.mairie-montrabe.fr , guide pratique, livret de rentrée, bulletins d'information, supports pédagogiques et affiches des services municipaux, La Dépêche du Midi.		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime		
<input type="radio"/> Allocataire CAF (régime général) <input type="radio"/> Régime Spécial (MSA ou autre) <input type="radio"/> Sans régime		
NOM et Prénom de l'allocataire :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	N° allocataire : <input style="width: 90%;" type="text"/>
NOM et Prénom de l'allocataire :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	N° allocataire : <input style="width: 90%;" type="text"/>
NOM et Prénom de l'allocataire :	<input style="width: 90%;" type="text"/>	N° allocataire : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Je suis bénéficiaire de l'A.E.E.H. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Précisez pour quel(s) enfant(s) : Pour l'enfant 1 <input type="checkbox"/> Pour l'enfant 2 <input type="checkbox"/> Pour l'enfant 3 <input type="checkbox"/>		

RESPONSABLES LEGAUX

Pour (cochez la ou les cases correspondantes) : l'enfant 1 l'enfant 2 l'enfant 3

Représentant légal 1 Père Mère Autre (précisez) :

NOM :	Prénom :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse :

Code Postal :	Ville :	Téléphone fixe :	Téléphone portable :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Téléphone professionnel :	Courriel :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pour (cochez la ou les cases correspondantes) : l'enfant 1 l'enfant 2 l'enfant 3

Représentant légal 2 Père Mère Autre (précisez) :

NOM :	Prénom :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse :	Code Postal :	Ville :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Courriel :

Pour (cochez la ou les cases correspondantes) : l'enfant 1 l'enfant 2 l'enfant 3

Représentant légal 2 Père Mère Autre (précisez) :

NOM :	Prénom :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse :	Code Postal :	Ville :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Courriel :

Pour (cochez la ou les cases correspondantes) : l'enfant 1 l'enfant 2 l'enfant 3

Représentant légal 2 Père Mère Autre (précisez) :

NOM :	Prénom :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse :	Code Postal :	Ville :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone professionnel :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Courriel :

Je soussigné(e), le responsable légal, M./Mme

- ✓ Atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à prévenir pour tout changement éventuel.
- ✓ Certifie avoir pris connaissance du Règlement Intérieur Enfance & Jeunesse (consultable en ligne sur le site de la mairie www.mairie-montrabe.fr – PORTAIL FAMILLE à partir du 1^{er} juillet).
- ✓ Déclare avoir pris connaissance que les menus pris au restaurant scolaire sont conformes aux principes de la laïcité.
- ✓ Reconnais avoir pris connaissance que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative et pédagogique des élèves.
- ✓ Autorise, en cas d'accident, les responsables des services concernés à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. De ce fait je dégage les services de toute responsabilité pour tout dommage qui surviendrait à mon enfant ou du fait de mon enfant après cette prise en charge.

Précédé de la mention « lu et approuvé »

Fait à le

Signature :