



Dossier Unique d'Inscription

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

NOM et prénom de l'enfant :

Né(e) le : à Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Scolarisation en : ☐ maternelle ☐ élémentaire Classe :

Ecole : Commune :

Attention si garde alternée, chaque parent doit faire son dossier (à cocher obligatoirement) :

☐ Dossier père

☐ Dossier mère

Informations complémentaires à cocher dans la rubrique « RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX »

FRERES ET SŒURS

NOM et prénom : Né(e) le :

NOM et prénom : Né(e) le :

NOM et prénom : Né(e) le :

PIECES OBLIGATOIRES

- ☐ Dossier Unique complété et signé
- ☐ Fiche Sanitaire complétée et signée
- ☐ Autorisation de prélèvement + RIB si autorisation de prélèvement complétée
- ☐ Copie du carnet de vaccinations
- ☐ Attestation d'assurance responsabilité civile scolaire et extrascolaire

SITUATIONS SPÉCIFIQUES

- ☐ P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé)
- ☐ Notification MDPH - AEEH

- ☐ Selon mon choix dans la rubrique « mes revenus » attestation CAF ou MSA, dernier avis d'imposition ou de non-imposition nécessaire au calcul des tarifs des services scolaires.
- ☐ Extrait de jugement comportant toutes les précisions nécessaires à la répartition de la garde et des frais des différentes activités relatifs à l'exercice de l'autorité parentale et des droits de garde en cas de séparation ou de divorce ou déclaration conjointe signée par les 2 parents.

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

RESPONSABLE LÉgal 1

☐ PÈRE ☐ MERE ☐ AUTRE (PRÉCISEZ)

NOM :

Prénom :

Né (e) à

Adresse :

CP Ville

N° tél portable:

Mail :

Titulaire de l'autorité parentale : ☐ OUI ☐ NON

Profession :

Nom de l'employeur :

N° tél professionnel :

Situation familiale :

- ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Concubinage
☐ Pacsé ☐ Veuf ☐ Séparé
☐ Divorcé

RESPONSABLE LÉgal 2

☐ PÈRE ☐ MERE ☐ AUTRE (PRÉCISEZ)

NOM :

Prénom :

Né (e) à

Adresse :

CP Ville

N° tél portable:

Mail :

Titulaire de l'autorité parentale : ☐ OUI ☐ NON

Profession :

Nom de l'employeur :

N° tél professionnel :

Situation familiale :

- ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Concubinage
☐ Pacsé ☐ Veuf ☐ Séparé
☐ Divorcé

Garde alternée : ☐ Oui ☐ Non

☐ Semaines paires
(☐ Mère ☐ Père)

☐ Semaine impaires
(☐ Mère ☐ Père)

Si semaines paires/impaires non cochées, précisez:

Si oui, fournir un extrait du jugement ou attestation de séparation. Une facturation alternée sera mise en place, à défaut, les activités seront facturées au titulaire du compte famille auquel l'enfant est rattaché.

Pour tout changement de semaine ou de situation, les parents doivent se rapprocher du service.

SI FAMILLE D'ACCUEIL OU AUTRE

Nom et prénom du responsable :

.....

Adresse :

.....

CP Ville

N° tél portable :

Mail :

Intitulé de l'organisme de la structure accueil :

Joindre l'attestation de prise en charge du placement

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Garçon ☐ Fille

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (Allocation Education Enfant Handicapé) ? Oui (*) ☐ Non

Votre enfant est-il bénéficiaire d'une aide humaine individuelle ou mutualisée ? Oui (*) Non

Vaccinations : (joindre obligatoirement la copie des pages du carnet des vaccins avec le Nom et Prénom de l'enfant)

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Angine : Varicelle : Scarlatine :

Rougeole : Oreillons : Coqueluche :

Otite : Rubéole : Rhumatisme :

Régime alimentaire : ☐ sans porc ☐ sans viande ☐ sans régime

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Attention ! En l'absence d'un protocole ou d'une ordonnance concernant des problèmes médicaux tels qu'allergie alimentaire, traitement de longue durée, asthme..., la responsabilité du SIVS ne saurait être engagée.

L'administration d'un traitement médicamenteux est conditionnée à une ordonnance médicale justifiant du dit traitement et de ses modalités.

Problème de santé :

☐ Asthme ☐ Allergie (alimentaire, médicamenteuse) précisez

Autres, précisez :

Votre enfant bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : ☐ Oui (**) ☐ Non

Recommandations particulières (ex. : port de lunettes, antécédents médicaux, ...)

.....

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant de l'enfant :

.....

Je soussigné(e)agissant pour l'ensemble des titulaires de l'autorité parentale, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires pour l'état de santé de l'enfant.

SIGNATURE OBLIGATOIRE = Nom + Prénom

(*) Joindre la notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

(**) En cochant PAI, je m'engage à réaliser ou à renouveler le PAI auprès du directeur d'école dès le mois de septembre. Les modalités d'accueil seront organisées sous forme d'un PAI à signer avant l'admission de l'enfant au restaurant scolaire.

AUTORISATIONS

Le SIVS du Pays de Cadours peut effectuer des photos ou vidéos dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires (TAP, ALSH...) pour une utilisation sur des supports de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités, notamment la presse écrite, blog privé et réseaux sociaux des communes du SIVS PAYS DE CADOURS (Facebook, site internet Mairie...).

- ☐ **J'autorise** la diffusion et la publication des images
- ☐ **J'autorise** mon enfant scolarisé en élémentaire à **quitter seul l'établissement**
- ☐ **J'autorise** mon enfant à être transporté dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires
- ☐ **J'autorise** mon enfant, accompagné d'animateur(s) de l'ALSH à sortir de l'ALSH pendant les activités extrascolaires et du mercredi après-midi.
- ☐ **J'autorise** le personnel du SIVS du Pays de Cadours à administrer les éventuelles médications prescrites par un médecin et sur présentation de l'ordonnance.
- ☐ **J'autorise** le personnel du SIVS du Pays de Cadours à prendre les mesures d'urgence en cas d'accident impliquant mon enfant (SAMU, pompiers).

■ PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT, AUTRES QUE LES RESPONSABLES LEGAUX.

Les contacts mentionnés doivent correspondre à des personnes facilement joignables et rapidement mobilisables.

En cas d'urgence, les responsables légaux seront contactés en priorité.

Nom	Prénom	Téléphone	Lien	Autorisé(é) à venir chercher l'enfant

■ ASSURANCE DE L'ENFANT

L'assurance scolaire doit garantir les dommages :
Que l'élève pourrait causer à des tiers (**garantie de responsabilité civile**)
Qu'il pourrait subir (**garantie individuelle accidents corporels**)

Compagnie :

N° de contrat :

Fin de validité :

Je suis allocataire CAF31 J'indique mon nom allocataire _____ J'indique mon n° allocataire — — — — —	☐ OPTION 1 J'autorise le SIVS du Pays de Cadours à consulter le site internet de la CDAP (consultation des dossiers allocataires), afin d'accéder directement au quotient familial à prendre en compte pour le calcul des tarifs scolaires. Le service CDAP.fr est un service internet à caractère professionnel. ☐ OPTION 2 Je n'autorise pas l'accès à mon quotient familial auprès de la CDAP et fournis mon dernier avis d'imposition ou de non-imposition. Je joins une attestation CAF ou MSA de moins de 3 mois. ☐ OPTION 3 Je ne fournis pas de justificatifs de revenus, le tarif maximum me sera appliqué. Ce choix reste valable sans information contraire de ma part.
Je ne suis pas allocataire CAF	☐ OPTION 4 Je fournis mon dernier avis d'imposition ou de non-imposition. ☐ OPTION 5 Je joins une attestation MSA de moins de 3 mois. Je ne fournis pas de justificatifs de revenus, le tarif maximum me sera appliqué. Ce choix reste valable sans information contraire de ma part.

FACTURATION

Les factures sont consultables sur votre **espace famille**

Conformément à notre règlement intérieur, « si les parents sont séparés, il appartient à ces derniers de transmettre un écrit par mail à contact@sivs-paysdecadours.fr précisant à qui la facture doit être envoyée ».

Le quotient familial communiqué correspond au nom du parent payeur.

Je souhaite recevoir mes factures par mail (conseillé)

Je souhaite recevoir mes factures par courrier

@mail.....

La facture est mensuelle et établie en fonction des consommations.

Pour l'ALSH de l'été la facture globale des mois de juillet et août est établie début septembre.

Prélèvement automatique : ☐ OUI ☐ NON

⇒ Si oui, joindre obligatoirement un RIB et compléter l'autorisation de prélèvement.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Identification internationale de la banque - BIC	
Domiciliation bancaire	
Titulaire du compte	
Type de Paiement : Paiement récurrent / répétitif ●	
Le : SIGNATURE OBLIGATOIRE du titulaire du compte Nom + Prénom	

----- JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE -----

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de la relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) SIVS DU PAYS DE CADOURS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIVS DU PAYS DE CADOURS.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. IDENTIFIANT CREANCIER SEPA (N°FR07ZZZ86805B)

DÉCLARATION

Je soussigné(e), _____ certifie avoir pris connaissance des renseignements demandés, atteste de l'exactitude des informations sur ma situation et mes revenus figurant dans le présent dossier (*) et m'engage à déclarer toute modification d'informations au service administratif du SIVS du Pays de Cadours.

- ☐ En cochant cette case, je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du SIVS PAYS DE CADOURS.
www.mairie-cadours.fr/SIVSpaysdecadours/lereglementinterieur
L'inscription aux services scolaires vaut acceptation du règlement intérieur.

(*) Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal

SIGNATURE OBLIGATOIRE = Nom + Prénom

Date