



Dossier Unique d'Inscription

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

Lieu de naissance _____

École : _____ Classe : _____

Frères et Sœurs :

Nom – prénoms _____ né(e)

Nom – prénoms _____ né(e)

Nom – prénoms _____ né(e)

PIECES OBLIGATOIRES

- DUI** dûment complété, daté et signé
- Fiche(s) individuelle(s)** jointe(s) dûment complétée(s), datée(s) et **signée(s)** pour chaque enfant.
- L'attestation d'assurance** responsabilité civile scolaire et extrascolaire
- Copie du carnet de vaccinations**
- Autorisation de prélèvement + Relevé d'Identité Bancaire** (RIB- si autorisation de prélèvement complétée).

- Selon mon choix dans la rubrique 3 – 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.

Pièces complémentaires en fonction de l'activité :

Selon l'évolution de la réglementation et des activités proposées, d'autres attestations pourront vous être demandées ultérieurement.

L'école fréquentée par votre enfant peut vous demander des documents similaires car les activités scolaires relèvent de l'Éducation Nationale et non du SIVS du Pays de Cadours.

1 – MA FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL 1* :

Nom d'usage _____

Prénom _____

Adresse _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____

(portable) _____

(fixe) _____

@ (mail) _____

Profession _____

Employeur _____

Lieu de Profession _____

(employeur) _____

*Autorité parentale : OUI - NON

RESPONSABLE LEGAL 2* :

Nom d'usage _____

Prénom _____

Adresse _____

Né(e) le ____ / ____ / ____ à _____

(portable) _____

(fixe) _____

@ (mail) _____

Profession _____

Employeur _____

Lieu de Profession _____

(employeur) _____

*Autorité parentale : OUI - NON

Nombre d'enfants à charge ____

Nombre d'enfants en situation de handicap |

Célibataire

Marié(e)

Vie maritale

Pacsé(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

2 – FACTURATION

Je souhaite recevoir mes factures par mail (conseillé)

Je souhaite recevoir mes factures par courrier

@ (mail) _____

Prélèvement mensuel automatique* : OUI - NON

*Si oui, merci de compléter l'autorisation de prélèvement ci-après et joindre un RIB



FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

INFORMATIONS

SANITAIRES

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

Lieu de Naissance : _____

1 – NOM DU MEDECIN TRAITANT _____ ☎ ____/____/____/____/____

2 – VACCINATIONS (OBLIGATOIRES) - (se référer au carnet de santé de l'enfant) :

Le premier vaccin est obligatoire pour les enfants nés avant 2018

A jour

et les 11 pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018

Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite

oui non

Haemophilus influenzae B

oui non

Hépatite B

oui non

Rougeole oreillons rubéole

oui non

Coqueluche

oui non

Méningocoque C

oui non

Pneumocoque

oui non

Autres vaccins : _____

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT VOTRE ENFANT

Votre enfant est allergique ? oui non

Préciser l'allergie : médicamenteuse alimentaire asthme autre _____

Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? oui non

Les modalités d'accueil seront organisées sous forme d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** à signer **AVANT** l'admission de l'enfant au restaurant scolaire.

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) :

Votre enfant porte-t-il des lunettes lentilles de contact appareil dentaire ? autre _____

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

Rubéole : oui non

Varicelle : oui non

Rhumatisme : oui non

Coqueluche : oui non

Otite : oui non

Rougeole : oui non

Angine : oui non

Scarlatine : oui non

Oreillons : oui non

4 – ENFANT EN SITUATION DE HANDICAP

Votre enfant bénéficie-t-il de l'allocation AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) oui non





FICHE INDIVIDUELLE ENFANT

5 – ASSURANCE DE L'ENFANT (OBLIGATOIRE)

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° police d'assurance _____ fin de validité ____ / ____ / ____

6 – PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

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

Un maximum de 3 contacts* est demandé, **en dehors du ou des parents de l'enfant déjà mentionnés sur le dossier.**

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

*Vous pourrez ultérieurement ajouter et modifier les contacts sur le portail familles.

Nom	Prénom	Téléphone	Lien	A contacter En cas d'urgence	Autorisé à venir chercher l'enfant

7 – AUTORISATION ET DECLARATION A COCHER ET SIGNER PAR LE RESPONSABLE DE L'ENFANT

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** OUI NON

- 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 prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- Je déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche. 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 ____ / ____ / ____

Pour toute fiche individuelle non signée, le DUI sera retourné en intégralité

