



Direction ENFANCE /
JEUNESSE/EDUCATION
6 rue Pasteur – B.P. 25

06371 Mouans-Sartoux cedex

Tél. : 04.92.92.43.90

Fax : 04.92.92.47.07

Email : inscriptions@mouans-sartoux.net

Cadre réservé à l'administration

Dossier reçu le : Enseignant (e)
 Par : PAI Alimentaire
 N° Dossier : PAI Médicamenteux
 Etablissement scolaire :
 Classe :
 Garde alternée :
 Fiche Mère
 Fiche Père

**FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION AUX SERVICES MUNICIPAUX ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021 (PS-CM2)
RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL DE LOISIRS**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Prénom : NOM :
 Date de naissance : A : Sexe :
 Adresse de résidence principale :
 Code Postal : Ville :
 En cas de garde alternée, préciser l'autre adresse :
 La Direction enfance/éducation/jeunesse doit entretenir, avec les deux parents, quelque soit leur situation familiale, des relations de même nature, et répondre pareillement à leurs demandes d'information. Il est dès lors très important que les coordonnées précises de chacun des parents nous soient communiquées. Par ailleurs, copies des décisions judiciaires, si elles ont trait aux modalités d'exercice de l'autorité parentale, résidence, et droit de visite et d'hébergement doivent nous être transmises. Tout changement de situation familiale en cours d'année doit nous être communiqué.

MALADIES et/ou ALLERGIES

Allergies ou intolérances alimentaires Asthmes Allergies médicamenteuses
 Je demande la mise en place d'un PAI oui non
 Je demande le renouvellement d'un PAI oui non
 Mon enfant bénéficie d'une AEEH délivrée par la CAF oui non

Dès la rentrée, les familles doivent se mettre en relation avec le médecin scolaire, par l'intermédiaire du directeur d'établissement et faire parvenir obligatoirement un certificat médical du médecin traitant et/ou un bilan délivré par l'allergologue.

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

| Nom Prénom | Lien de parenté | Téléphone Portable | Téléphones Fixe & Travail |
|------------|-----------------|--------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Personne(s) autorisée(s) à prendre l'enfant autres que les parents (5 Maximum)

| Nom Prénom | Lien de parenté | Téléphone Portable | Téléphones Fixe & Travail |
|------------|-----------------|--------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Autorisation de sortie

Mon enfant est autorisé à quitter seul la structure Oui Précisez l'heure de départ: Non

Nom & prénom de l'enfant :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FOYER DANS LEQUEL RÉSIDE L'ENFANT

| | |
|---|---|
| Responsable Légal 1 Allocataire CAF Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Situation Familiale : Marié <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Exercice de l'autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____ Date et lieu de naissance : _____ à _____ Adresse complète : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Portable : _____ Adresse mail : _____ Nom et adresse de l'employeur : _____ |
| REGIME ALLOCATAIRE | <input type="checkbox"/> Régime Général – N° allocataire (délivré par la CAF) : <input type="checkbox"/> MSA, Sécurité Agricole <input type="checkbox"/> Autres Régimes |
| Conjoint / Concubin Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Concubin (e) <input type="checkbox"/> Situation Familiale : Marié <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Exercice de l'autorité parentale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____ Date et lieu de naissance : _____ à _____ Adresse complète : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Portable : _____ Adresse mail : _____ Nom et adresse de l'employeur : _____ |
| REGIME ALLOCATAIRE | <input type="checkbox"/> Régime Général – N° allocataire (délivré par la CAF) : <input type="checkbox"/> MSA, Sécurité Agricole <input type="checkbox"/> Autres Régimes |
| AUTRE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT EN CAS DE DIVORCE OU DE SÉPARATION A REMPLIR OBLIGATOIREMENT UNIQUEMENT SI CE PARENT NE RÉSIDE PAS DANS LE MÊME FOYER QUE CELUI DE L'ENFANT | |
| Responsable Légal 2 ayant droit de visite Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Situation Familiale : Marié <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Exercice de l'autorité parentale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Nom : _____ Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____ Date et lieu de naissance : _____ à _____ Adresse complète : _____ Code postal : _____ Ville : _____ Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Portable : _____ Adresse email : _____ Nom et adresse de l'employeur : _____ |
| REGIME ALLOCATAIRE | <input type="checkbox"/> Régime Général – N° allocataire (délivré par la CAF) : <input type="checkbox"/> MSA, Sécurité Agricole <input type="checkbox"/> Autres Régimes |

Nom & prénom de l' enfant:

SANTE

Nom du médecin traitant : Téléphone :
Vaccin obligatoire DT POLIO – nom du vaccin : Date de la dernière injection :/...../.....

J'INSCRIS MON ENFANT A :

| | | |
|---|---|---|
| LA RESTAURATION A compter du | <input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS MATIN A compter du | <input type="checkbox"/> GARDERIE GRATUITE DE 12 H à 12 H 30 (LE MERCREDI) réservé aux enfants dont les 2 parents travaillent (fournir attestation patronale avec horaires) A compter du |
| Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS SOIR A compter du 1 h <input type="checkbox"/> ou 2 h <input type="checkbox"/> ou 3 h <input type="checkbox"/> | |

ASSURANCE / RESPONSABILITÉ CIVILE :

Compagnie d'assurance : N° Contrat :
Date de fin de validité (date de renouvellement du contrat – tacite reconduction) :/...../.....

DROITS ET AUTORISATIONS

Autorisation « Droit à l'image » :

Autorisons le **personnel municipal** à filmer, à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs et à les conserver, les éditer sur les différents supports de communication de la ville.

Père : OUI NON **Mère :** OUI NON **Tuteur :** OUI NON

Autorisation « Droit au Maquillage » :

Autorisons le personnel municipal à maquiller ou faire maquiller mon enfant dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs.

Père : OUI NON **Mère :** OUI NON **Tuteur :** OUI NON

Autorisation de participation aux activités :

Autorisons notre enfant à participer aux activités proposées par l'accueil de loisirs, en dehors de la structure.

Père : OUI NON **Mère :** OUI NON **Tuteur :** OUI NON

Communication :

Autorisons le service enfance/jeunesse/éducation à nous envoyer des SMS d'information et des mails concernant le service.

Père : OUI NON **Mère :** OUI NON **Tuteur :** OUI NON

Nom & prénom de l'enfant:

Quotient familial 2020 / 2021 :

La Caisse d'Allocation Familiale des Alpes-Maritimes met à disposition de la Régie des Recettes un accès Internet à caractère professionnel (CAFPRO) qui nous permet de consulter directement votre quotient familial nécessaire au calcul lié au tarif dégressif pour les activités municipales.

A ces fins, nous vous demandons de bien vouloir renseigner l'autorisation ci-dessous :

Autorisons le Service de la Régie des Recettes à consulter le service CAFPRO, afin d'obtenir mon quotient familial pour l'année **2020/2021**.

Père : OUI NON Mère : OUI NON Tuteur : OUI NON

En cas de refus :

Je ne souhaite fournir aucun justificatif de revenus, j'accepte donc de payer le Tarif Maximum :

Père : OUI NON Mère : OUI NON Tuteur : OUI NON

Préciser le PARENT à l'adresse de qui le service de la Régie des recettes devra libeller les factures correspondantes à l'inscription de l'enfant. A défaut, la facture sera libellée à l'ordre du parent détenant la résidence principale de l'enfant.

Adresse de facturation : _____

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Fiche d'inscription 2020/2021
- Preuve de domicile de moins de 3 mois (EDF, téléphone fixe, Internet, Quittance de loyer par agence uniquement).
- Si vous n'êtes pas allocataire CAF, copie de l'avis d'imposition 2019 **sur les revenus 2018** du foyer fiscal OU à défaut copie de la déclaration des revenus 2019.
- Pour les garderies du matin et du soir de l'accueil de loisirs **des petites vacances, Mercredis midi et soir et de l'été uniquement**, fournir une attestation d'horaires pour chaque parent.
- Attestation d'assurance,
- Copie des pages de vaccination du carnet de santé de l'enfant

Pour les parents divorcés, séparés :

- Joindre impérativement copie de l'ordonnance de non conciliation, ordonnance d'incident, jugement de divorce, arrêt de la Cour d'Appel, acte d'avocat, en cours, mentionnant l'exercice de l'autorité parentale, la résidence de l'enfant, les modalités de droit de visite et d'hébergement. Les services doivent être tenus informés de tous changements ou modifications dans les modalités ci avant décrites, intervenants en cours d'année.

Pour les enfants en résidence alternée :

- Un calendrier indiquant les périodes de garde de chacun des parents (modèle au service enfance ou sur le site internet de la ville) et une fiche d'inscription 2020/2021 **pour chaque parent**

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur des structures municipales et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je m'engage à déclarer toute modification de renseignements au service Enfance-Jeunesse-Education

Je déclare autoriser le responsable à prendre, le cas échéant, toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales).

J'accepte que les informations recueillies sur ce formulaire soient récoltées et utilisées par la Direction Enfance-Jeunesse-Education uniquement pour la gestion des inscriptions scolaires, périscolaires et extrascolaires de mon enfant et qu'elles soient conservées selon les durées en vigueur conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen relatif à la protection des Données Personnelles.

Je peux faire exercer mon droit d'accès, de portabilité et de suppression aux données qui me concerne et les faire rectifier en contactant la Direction Enfance Jeunesse Education

SIGNATURES

En cas d'impossibilité pour l'une des parties en présence d'apposer sa signature sur le présent document, merci au parent signataire d'en mentionner la raison

| Le père Date et signature | La mère Date et signature | Le tuteur Date et signature |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| | | |