

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2019/2020**  
**SERVICES PERISCOLAIRES : RESTAURATION -**  
**ANIMATION MATIN-SOIR – TAP – MERCREDIS**  
**SERVICES EXTRASCOLAIRES : VACANCES – AGORADO**

**A renseigner par le(s) parent(s) ou le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant**  
**A envoyer/déposer au guichet unique – 6 rue Beaudonnat 63170 AUBIERE**  
**avant le 13 juillet 2019**

**L'ENFANT**

SEXE :  Féminin     Masculin

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE :             

*Pour les jeunes de 11 – 15 ans et/ou collégiens fréquentant l'AgorAdo:*

TELEPHONE PORTABLE : \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_

**L'ECOLE FREQUENTEE**

<input type="checkbox"/> École Vercingétorix	<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS	<input type="checkbox"/> Collège
<input type="checkbox"/> École Beaudonnat	<input type="checkbox"/> Élémentaire	<input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> Autre
		<input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/> ULIS	

**LES PARENTS ET/OU LES RESPONSABLES LEGAUX**

<b>Responsable légal (1)</b>	<b>Responsable légal (2)</b>
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : ___/___/___	Date de naissance : ___/___/___
Adresse : _____	Adresse : _____
CP _____ Commune _____	CP _____ Commune _____
Téléphone personnel : _____	Téléphone personnel : _____
Téléphone professionnel : _____	Téléphone professionnel : _____
Mail : _____	Mail : _____
<i><u>Conjoint(e) si différent du responsable légal (2)</u></i>	<i><u>Conjoint(e) si différent du responsable légal (1)</u></i>
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Téléphone personnel : _____	Téléphone personnel : _____

**PAYEUR**

Responsable légal (1)     Responsable légal (2)     Autre (indiquer nom et adresse ci-dessous)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## FRERES ET SOEURS

Nom, prénom \_\_\_\_\_ École fréquentée \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_ École fréquentée \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_ École fréquentée \_\_\_\_\_

## PERSONNE(S) HABILITEE(S) A VENIR RECUPERER L'ENFANT

Personne habilitée à venir récupérer mon enfant autre que les parent(s)/tuteur(s) désigné(s) précédemment :

Nom, prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_  
Nom, prénom \_\_\_\_\_ Tél \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant \_\_\_\_\_

## QUOTIENT FAMILIAL CAF ET MSA



N° CAF

N° MSA

Les tarifs des services périscolaires et extra scolaires sont appliqués en fonction du quotient familial, aussi nous vous demandons de nous fournir **l'attestation CAF de quotient familial de moins d'un mois** au nom du payeur ou si vous n'êtes pas allocataire CAF, **votre avis d'imposition 2018 sur les revenus 2017. A défaut, le barème le plus haut s'appliquera.**

## MODALITES DE PAIEMENTS

Je choisis de régler l'ensemble des services périscolaires et extrascolaires par le moyen de paiement suivant :

- Prélèvement automatique (joindre un RIB et le **mandat de prélèvement SEPA situé à la fin du dossier**)
- Chèques vacances ou CESU (version papier et uniquement pour payer l'extrascolaire périscolaire et l'AgorAdo)
- Autres (paiement en ligne, mandat cash, virement, espèces/chèque/carte bancaire directement auprès du Trésor Public)**

## DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) Madame ou Monsieur \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus,

- Autorise La Ville d'Aubière à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre des publications et des activités municipales (papier ou multimédia) lors des temps périscolaires et extra scolaires.
- N'autorise pas

**Date et signature du ou des responsables légaux**

## FICHE SANITAIRE 2019/2020

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ École \_\_\_\_\_  
Personne à contacter en cas d'urgence : Mme ou Mr \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance : \_\_\_\_\_

Fournir **OBLIGATOIREMENT** l'attestation d'assurance « responsabilité civile »  
Ou l'attestation d'assurance scolaire et extrascolaire

### AUTORISATION EN CAS D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus,

- Autorise les responsables du service Enfance Jeunesse à prendre toutes les dispositions nécessaires au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents, et autorise le praticien à pratiquer toutes interventions d'urgence, tant médicales que chirurgicales
- N'autorise pas

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature

Médecin référent (Nom, adresse, téléphone) :

\_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

Fournir **OBLIGATOIREMENT** les photocopies des pages de vaccination du carnet de santé

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

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Angines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Otites	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Indiquez ici les autres difficultés de santé et les recommandations des parents (**allergies non PAI**, maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducations...)

\_\_\_\_\_

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement ?  Oui (indiquer la nature et le traitement)  Non  
Si oui, **OBLIGATION** de fournir une ordonnance.

\_\_\_\_\_

**PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** (ex : allergies) :  Oui \*  Non

\* Contacter le Directeur de l'école ou le médecin scolaire pour la mise en place ou le renouvellement du PAI

Nature : \_\_\_\_\_ Traitement : \_\_\_\_\_

Il est nécessaire de fournir la prescription et le(s) médicament(s) en double.

**Autres contraintes alimentaires** :  Repas sans porc  Repas sans viande

## REGLEMENTS INTERIEURS

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services périscolaires (restauration, garderie, mercredis et TAP) et extrascolaires disponibles sur le site internet de la mairie, et en accepte les conditions.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature

## CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

### LISTE DES DOCUMENTS FOURNIS

- Dossier unique	<input type="checkbox"/>
- Attestation d'assurance multirisques responsabilité civile avec activités extrascolaires	<input type="checkbox"/>
- Attestation de carte vitale	<input type="checkbox"/>
- Photocopie du livret de vaccinations	<input type="checkbox"/>
- Justificatif de domicile daté de moins de 3 mois (hors facture mobile)	<input type="checkbox"/>
- Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B)	<input type="checkbox"/>
- Le mandat de prélèvement SEPA	<input type="checkbox"/>
- Attestation de Quotient Familial de moins d'un mois ou avis d'imposition 2018	<input type="checkbox"/>
- Copie de l'extrait de jugement en cas de divorce ou de séparation ou attestation des parents concernant les modalités d'accueil de l'enfant	<input type="checkbox"/>
- Photo d'identité en cas de PAI	<input type="checkbox"/>

