

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

SCOLAIRE - PERISCOLAIRE - ACCUEIL DE LOISIRS - RESTAURATION

2018 - 2019

RESPONSABLES LEGAUX

Partie réservée à l'administration

Dossier reçu le

Responsable légal 1

Père Mère Tuteur
 Autorité parentale oui non

Responsable légal 2

Père Mère Tuteur
 Autorité parentale oui non

NOM _____

Nom jeune fille _____

Prénom _____

Né(e) le _____

A _____

Adresse _____

Ville _____

NOM _____

Nom jeune fille _____

Prénom _____

Né(e) le _____

A _____

Adresse _____

Ville _____

Dossier saisi le

Tél. fixe _____

Portable _____

Email (*) _____

(*) obligatoire pour tout envoi de documents (factures - autres ...)

Tél. fixe _____

Portable _____

Email (*) _____

(*) obligatoire pour tout envoi de documents (factures - autres ...)

Situation familiale : Marié(e) - Célibataire - Union libre - Séparé(e) - Divorcé(e) - Pacsé(e) - Veuf(ve)

Pour les parents séparés ou divorcés : si une décision judiciaire a été rendue, joindre impérativement la photocopie du jugement précisant la garde de l'enfant. Sinon joindre une attestation sur l'honneur cosignée spécifiant la garde de l'enfant.

Quotient Familial

Entreprise _____

Profession _____

Commune _____

Entreprise _____

Profession _____

Commune _____

Infos diverses

Tél. Trav _____

Total enfants Enfants à charge

Allocataire CAF (régime général)
 Régime spécial (MSA ou autre)
 Sans régime

N° Allocataire _____

N° S. Sociale _____

Tél. Trav _____

Total enfants Enfants à charge

Allocataire CAF (régime général)
 Régime spécial (MSA ou autre)
 Sans régime

N° Allocataire _____

N° S. Sociale _____

"Si parents séparés indiquer les coordonnées des conjoints respectifs"

CONJOINT(E)

NOM _____

Prénom _____

Portable _____

Email _____

CONJOINT(E)

NOM _____

Prénom _____

Portable _____

Email _____

Ecole	ENFANT SCOLARISE <input type="checkbox"/> MALEMORT <input type="checkbox"/> VENARSAL		
	Enfant <input type="checkbox"/> 1ère inscription Mater / Prim		<input type="checkbox"/> Renouvellement
	NOM _____	Prénom _____	
	Date de naissance _____	Lieu _____	
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Autre _____	

Ecole	ENFANT SCOLARISE <input type="checkbox"/> MALEMORT <input type="checkbox"/> VENARSAL		
	Enfant <input type="checkbox"/> 1ère inscription Mater / Prim		<input type="checkbox"/> Renouvellement
	NOM _____	Prénom _____	
	Date de naissance _____	Lieu _____	
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Autre _____	

Ecole	ENFANT SCOLARISE <input type="checkbox"/> MALEMORT <input type="checkbox"/> VENARSAL		
	Enfant <input type="checkbox"/> 1ère inscription Mater / Prim		<input type="checkbox"/> Renouvellement
	NOM _____	Prénom _____	
	Date de naissance _____	Lieu _____	
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Autre _____	

Ecole	ENFANT SCOLARISE <input type="checkbox"/> MALEMORT <input type="checkbox"/> VENARSAL		
	Enfant <input type="checkbox"/> 1ère inscription Mater / Prim		<input type="checkbox"/> Renouvellement
	NOM _____	Prénom _____	
	Date de naissance _____	Lieu _____	
Sexe <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Autre _____	

AUTRES ENFANTS RESIDENTS DANS LE FOYER			
NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	LIEU FREQUENTE <small>(crèche, école, collège, lycée)</small>

Sectorisation

Ecole JULES FERRY	Ecole PUYMARET	Voir site
Ecole GRANDE BORIE	Ecole VENARSAL	www.malemortsurcorreze.fr

AUTORISATIONS

1- Consultation du site CAFPRO (CORREZE)

Nous vous informons que la Caisse d'Allocations Familiales met à notre disposition un service Internet à caractère professionnel appelé "CAFPRO" qui nous permet de consulter les éléments de votre dossier nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 06 janvier 1978, nous vous informons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en remplissant la case ci-dessous. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

autorise(nt) les agents habilités à consulter les éléments relatifs au calcul de mon quotient familial sur le site "CAFPRO"

OUI

NON

INFOS - AUTORISATIONS INDIVIDUELLES DES ENFANTS

2- Aides du Centre Communal d'Action Sociale pour l'accueil de loisirs

Le Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de la Commune de Malemort attribue des aides aux familles malemortois dont le quotient familial est compris entre 703 et 1 100€. Pour les familles ne dépendant pas du régime général et ne bénéficiant pas d'un régime d'aide similaire à celui de la CAF, les aides sont attribuées à partir de la première tranche.

3- Déplacement et transport en commun

Mon (mes) enfant(s) à effectuer les déplacements hors temps scolaires ou sur le temps périscolaires, pour diverses activités (piscine, patinoire, bibliothèque, ...)
mon (mes) enfant(s) à prendre un moyen de transport en commun à des fins de sorties pédagogiques.

4- Prise de vue

A filmer et / ou photographier mon (mes) enfant(s) aux fins d'utilisation par :

La Structure elle-même (journal interne, ...)

La Presse

Le Service Communication de la Commune

Le Site Internet, et autres supports informatiques de la structure

5- Maquillage

A maquiller mon (mes) enfant(s). *(Sans problème d'allergie)*

En cas de séparation, j'atteste avoir informé l'autre parent de l'inscription de mon enfant dans une école de la commune de Malemort.

Reconnais également avoir pris connaissance du Règlement Intérieur relatifs aux activités périscolaires et extrascolaires remis dans le dossier unique conforme à la délibération du Conseil Municipal, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Je soussigné(e), responsable légal(e) de(s) enfant(s), titulaire de l'autorité parentale, certifie l'exactitude des renseignements mentionnés dans ce dossier et m'engage à prévenir le service scolaire-jeunesse de tout changement éventuel.

A _____

Le _____

Signature Responsable légal 1

Signature Responsable légal 2

- Dossier Unique d'Inscription complété
- Justificatif de domicile (facture moins de 3 mois)
- Attestation d'Assurance 2017/2018 2018/2019
- Attestation Sécurité Sociale
- Fiche individuelle (par enfant)
- Bons vacances de la CAF CORREZE (Pass'Alsh) pour les accueils de loisirs

Situation n° 1 : Pour les allocataires de la CAF bénéficiant d'une prestation familiale dont le montant est calculé en fonction des revenus, vous n'avez rien à fournir. Nous disposons de vos revenus sur "CAFPRO".

Situation n°2 : dans tous les autres cas

Avis d'imposition sur les revenus 2017 (recto-verso) Pour la période du 01/01 au 31/12/2018
(Basé sur les revenus 2016)

Avis d'imposition sur les revenus 2018 (recto-verso) Pour la période du 01/01 au 31/12/2019
(Basé sur les revenus 2017) **A remettre impérativement entre août et décembre 2018**

Documents nécessaires au calcul de votre Quotient Familial pour la tarification de la restauration et de l'accueil de loisirs
A remettre au Service Scolaire

ATTENTION ! EN L'ABSENCE DE CES PIECES, LE TARIF MAXIMUM VOUS SERA FACTURE

Pour une 1ère inscription à l'école

(Petite section ou passage au CP ou nouveaux arrivants dans la commune)

- Livret de famille
- Carnet de santé (vaccins)
- Justificatif de domicile (facture moins de 3 mois)
- Dérogation de votre Commune de résidence

INFORMATION

Pour tout renseignement

Service Scolaire et Jeunesse Malemort

Tél. : 05 55 92 81 31

Fax : 05 55 92 83 84

cjarry@malemort.org

Mairie de Venarsal

Tél. : 05 55 25 73 78

mairie.venarsal@wanadoo.fr

Restauration Collective

Prévenir au minimum 48 heures à l'avance le Service de la Restauration pour l'inscription occasionnelle ou l'annulation de repas au 05 55 92 81 34

Accueil de Loisirs

Les réservations à l'Accueil de Loisirs se font via le site : malemort.portail-familles.net

Le délai des réservations, des modifications et des annulations sont de 4 jours.

Difficultés de santé

Tout problème médical doit être signalé et justifié par un certificat médical.
Les allergies alimentaires doivent faire l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI).
Se renseigner auprès du Service Scolaire de Malemort

Transports scolaires

Se rapprocher du Service des Transports à l'Agglo de Brive - 9 Avenue Léo Lagrange - BRIVE
www.agglobrive.fr

**Partie réservée à
l'administration**

Document à compléter obligatoirement recto - verso

RESPONSABLES LEGAUX

Dossier reçu le _____

Responsable légal 1

Père Mère Tuteur

Responsable légal 2

Père Mère Tuteur

NOM _____

NOM _____

Prénom _____

Prénom _____

Adresse _____

Adresse _____

Téléphone _____

Téléphone _____

ENFANT

NOM _____

Prénom _____

Ecole _____

Classe _____

N° S Sociale _____

N° Assurance
Resp. Civile _____

RESTAURANT SCOLAIRE

Lundi Mardi Occ (1)
 Jeudi Vendredi

Sans porc Sans viande Autre _____
 Allergie alimentaire (mettre en place un Protocole d'Accueil Individualisé)

(1) Prévenir 48 heures avant pour l'inscription au 05 55 92 81 34

TRANSPORT SCOLAIRE

Lundi Mardi Occ
 Jeudi Vendredi

GARDERIE ECOLES DE MALEMORT

Matin : 7h30 à 8h30 Occ
 Midi : 12h à 12h30
 Soir : 16h30 à 18h30 Occ

GARDERIE ECOLE DE VENARSAL

Matin : 7h00 à 8h30 Occ
 Midi : 12h00 à 12h30
 Soir : 16h30 à 19H00 Occ

ACCUEIL DE LOISIRS (Mercredis et/ou Vacances) OUI NON

INFOS - AUTORISATION INDIVIDUELLE

(se reporter au dossier unique "Infos - Autorisations individuelles des enfants")

3- Déplacement et transport en commun OUI NON

4- Prise de vue OUI NON

5- Maquillage OUI NON

Personnes habilitées à récupérer (2) l'enfant ou à prévenir en cas d'urgence (Hors les parents)

NOM	Prénom	Lien de parenté	Téléphone

(2) Pièce d'identité obligatoire





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'Y A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non
Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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	ANGINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE	<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		

ALLERGIES :

ASTHME OUI NON ALIMENTAIRES OUI NON MÉDICAMENTEUSES OUI NON AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

5. RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____
ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SECURITE SOCIALE : _____

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BENEFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

