



Cadre réservé à l'administration

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

Direction Enfance-Jeunesse-Education
 06371 Mouans-Sartoux cedex
 Tél. : 04.92.92.43.90
 Email : inscriptions@mouans-sartoux.net

**FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION AUX SERVICES MUNICIPAUX ANNÉE SCOLAIRE 2022/2023 (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 Jeunesse Education 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 – ALLERGIES - HANDICAP

Allergies ou intolérances alimentaires Asthme Allergies médicamenteuses Autres

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 (AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé)

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

(ATTENTION : LES INFORMATIONS INSCRITES CI-DESSOUS DOIVENT ÊTRE IDENTIQUES AUX INFORMATIONS DÉCLARÉES A LA CAF)

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 : _____
---	--

<u>REGIME ALLOCATAIRE</u>	<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 : _____
---	--

<u>REGIME ALLOCATAIRE</u>	<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 : _____
---	---

<u>REGIME ALLOCATAIRE</u>	<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 Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS MATIN A compter du <input type="checkbox"/> ACCUEIL DE LOISIRS SOIR A compter du 1/2 h (de 16 h 30 à 17 h) <input type="checkbox"/> 2 h (de 16 h 30 à 18 h 30) <input type="checkbox"/>	Les inscriptions au centre de loisirs des mercredis et des vacances se font exclusivement sur coupon (disponibles sur le site internet de la ville)
---	--	---

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 **notre** 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.

Resp. 1 : OUI NON Resp. 2 : OUI NON Tuteur : OUI NON

Autorisation « Droit au Maquillage » :

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

Resp. 1 : OUI NON Resp. 2 : 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.

Resp. 1: OUI NON Resp. 2 : OUI NON Tuteur : OUI NON

Communication :

Autorisons **la Direction** enfance-jeunesse-éducation à nous envoyer des SMS d'information et des mails concernant le service.

Resp. 1: OUI NON Resp. 2 : OUI NON Tuteur : OUI NON

Nom & prénom de l'enfant:

Quotient familial 2022 / 2023 :

La Caisse d'Allocation Familiale des Alpes-Maritimes met à disposition de la Régie des Recettes un accès Internet à caractère professionnel (**Caf.fr**) 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 **caf.fr** afin d'obtenir mon quotient familial pour l'année **2022/2023 (attention : les informations déclarées à la CAF doivent correspondre aux informations déclarées sur la présente fiche d'inscription).**

Resp 1 : OUI NON Resp 2 : 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** :

Resp 1: OUI NON Resp 2 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 responsable 1 de l'enfant.

Adresse de facturation : _____

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Fiche d'inscription **2022/2023**
- Si vous n'êtes pas allocataire CAF, copie de l'avis d'imposition **2021 sur les revenus 2020** du foyer fiscal-
- Pour les garderies du matin et du soir de l'accueil de loisirs **des petites vacances, mercredis et de l'été uniquement**, fournir une attestation d'horaires pour chaque parent.
- 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 **2022/2023 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 à la **Direction** Enfance-Jeunesse-Education

Je déclare autoriser le responsable du centre de loisirs 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 responsable 1

Date et signature

Le responsable 2

Date et signature

Le tuteur

Date et signature