



# FICHE UNIQUE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

SERVICES : Restauration – Périscolaire – ALSH  
Valable du 1<sup>er</sup> Septembre 2019 au 31 Août 2020

## L'ENFANT

NOM Prénom :	Date de naissance : ...../...../.....	Sexe : M / F
ECOLE :	<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Elémentaire
	<input type="checkbox"/> Jacques Prévert	<input type="checkbox"/> Pierre Brossolette <input type="checkbox"/> Beausoleil

## RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Un responsable au moins, correspondant aux renseignements administratifs

Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> PACS	<input type="checkbox"/> Vie Maritale	<input type="checkbox"/> Famille Recomposée	<input type="checkbox"/> Famille Monoparentale
	<input type="checkbox"/> Garde Alternée <input type="checkbox"/> Autre (Précisez) : .....				

### RESPONSABLE

### CONJOINT/RESPONSABLE 2

Nom prénom : .....	Nom prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Complément d'adresse : .....	Complément d'adresse : .....
CP Ville : .....	CP Ville : .....
Domicile : .....	Domicile : .....
Portable : .....	Portable : .....
Professionnel : .....	Professionnel : .....
Courriel : .....	Courriel : .....

## AUTRES PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : .....	Prénom : .....	: .....
Nom : .....	Prénom : .....	: .....
Nom : .....	Prénom : .....	: .....

## INSCRIPTION AUX SERVICES

Veillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine

	Accueil du Matin (7h20-8h10)	Service de Restauration Scolaire	Accueil du Soir (16h30-17h30)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALSH Mercredi	<input type="checkbox"/> Matin avec repas	<input type="checkbox"/> Après-midi avec repas	<input type="checkbox"/> Journée
	<input type="checkbox"/> Matin sans repas	<input type="checkbox"/> Après-midi sans repas	

## AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e) M, Mme, ..... donne autorisation au responsable pour :

Prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendu nécessaires par l'état de l'enfant.

OUI  NON

Laisser mon enfant rentrer seul(e) (enfant d'élémentaire uniquement)

OUI  NON

Accéder à mon compte CAF sur CAF PRO pour connaître mon quotient familial CAF

OUI  NON

Diffuser les photos et/ou vidéos de mon enfant pour l'usage suivant :

Archives, presse, plaquette de la Mairie, expositions, autres bulletins.

OUI  NON

Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris **connaissance du règlement intérieur**

(disponible sur le site de la commune <https://ville-lapennesurhuveaune.fr/>).

Fait à La Penne-sur-Huveaune, le ..... Signature du Responsable :

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT**

**Vaccins DT Polio (Copie de carnet de santé obligatoire)** Date du dernier rappel : .....

L'enfant mange-t-il du porc :  OUI  NON

Mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OBLIGATOIRE pour :

- Allergie médicamenteuse ou autres :  OUI  NON, précisez la cause de l'allergie : .....
- Allergie alimentaire :  OUI  NON, précisez la cause de l'allergie : .....
- Asthme chronique :  OUI  NON

**AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX****L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES**

<b>RUBEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>VARICELLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ANGINES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>RHUMATISME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>SCARLATINE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>COQUELUCHE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OTITES</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>ROUGEOLE</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>OREILLONS</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**ORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

Nom du médecin : .....

Adresse : .....

 : .....

Indiquez ci-après : les difficultés de santé, maladie, intolérance, accident, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre

.....  
 .....  
 .....

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Régime Général Sécurité Social : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	N° de Sécurité Social : .....
Autre régime : <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> EDF <input type="checkbox"/> SNCF <input type="checkbox"/> MARITIME <input type="checkbox"/> Autres, précisez : .....	
N° CAF : .....	QF CAF : .....
Nom de la compagnie d'assurance : .....	
N° de l'assurance extrascolaire : .....	

**QUOTIEN VILLE (cadre réservé à l'administration)**

Revenu fiscal de référence de l'année scolaire : ..... €		
Nombres de personnes au foyer : .....		QF calculé : ..... €
Tarif A : <input type="checkbox"/> 0 à 321€	Tarif B : <input type="checkbox"/> 321 à 418€	Tarif C : <input type="checkbox"/> 418 à 525€
Tarif D : <input type="checkbox"/> 525 à 632€	Tarif E : <input type="checkbox"/> 632 à 805€	Tarif F : <input type="checkbox"/> 805 à 1075€
Tarif G : <input type="checkbox"/> 1075 à 1515€	Tarif H : <input type="checkbox"/> 1515€ et plus	Hors commune <input type="checkbox"/>

**PIECES A FOURNIR LORS DE L'INSCRIPTION**

<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition du foyer ou quotient CAF*	<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile
<input type="checkbox"/> Livret de famille	<input type="checkbox"/> Copies du justificatif de garde (si séparation)
<input type="checkbox"/> Copies pages vaccins du carnet	

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS VALIDÉ**

L'inscription n'est définitive qu'après vérification du paiement de toutes les factures éditées.

\* Sans cette pièce, le dernier quotient (CF Tarif H) sera appliqué.