DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE

École maternelle et élémentaire François Mitterrand

PIA animation

École maternelle Marie-Curie École élémentaire Louis Torcatis

Le dossier doit être obligatoirement retourné COMPLET et SIGNE au service des Affaires Scolaires

Photo d'identité

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____/_____ /_____

Classe : _____

Ecole : _____

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

PIECES OBLIGATOIRES – 1ÈRE INSCRIPTION :

- ☐ Dossier unique d'inscription complété et signé
- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée
- ☐ Autorisation de captation complétée et signée
- ☐ Fiches d'inscriptions restauration & périscolaire
- ☐ Photocopie du livret de famille complet (enfants & parents)
- ☐ Photocopie du carnet de vaccinations à jour
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extrascolaire
- ☐ Photocopie de l'attestation de quotient familial de moins de 3 mois (CAF ou MSA)
- ☐ Attestation employeur (Restauration scolaire)
- ☐ Justificatif de domicile (Eau, Electricité ou Bail) de moins de 3 mois
- ☐ Photocopie du Jugement si parents séparés (décision de justice fixant les modalités de garde ou une déclaration conjointe signée des 2 parents) calendrier de garde alternée de l'année scolaire (si concerné)
- ☐ Certificat de radiation (si changement d'établissement en cours d'année)
- ☐ Personne hébergée : Carte d'identité de l'hébergeant, justificatif de domicile (EDF ou EAU) et attestation d'hébergement
- ☐ Attestation employeur des deux parents
- ☐ RIB – Si mise en place d'un prélèvement

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

msa santé famille retraite services

Allocations Familiales Caf des Pyrénées-Orientales

INFORMATIONS ENFANT / ADOLESCENT(E)

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Nom : ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... **Lieu de naissance :** .....

LIEU DE VIE : *Plusieurs choix possibles*

☐ Parental ☐ Maternel ☐ Paternel ☐ Tuteur/trice ☐ Assist. Familiale ☐ MECS

☐ Autres :.....

Préciser l'adresse si celle-ci est différente du- des responsable(s) légal(aux)

Nom : ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Téléphone 1 : ..... **Téléphone 2 :** .....

Nom : ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Téléphone 1 : ..... **Téléphone 2 :** .....

ACTIVITE(S) EN VIE COLLECTIVE : *Plusieurs choix possibles permettant d'améliorer le 1er accueil*

☐ Aucune ☐ Ass. Maternel.le ☐ MAM ☐ RPE ☐ Crèche ☐ Asso./Club ☐ Centre de loisirs

☐ Ne souhaite pas répondre

SCOLARISATION : *Cocher une case ci-dessous et renseigner les éléments*

☐ Ecole maternelle ☐ Ecole élémentaire ☐ Collège ☐ Institution (IME, ITEP, IEM...) ☐ A domicile

Nom de l'école ou de l'institution : .....

L'enfant/l'adolescent(e) bénéficie-t-il-elle d'un Projet Personnel de Scolarisation (P.P.S) ? *Cocher la case correspondante*

SUIVI COMPLEMENTAIRE : (CAMSP, CMP, CMPP, hôpital de jour) *Cocher la case correspondante*

Pour garantir la qualité d'accueil, une rencontre vous sera proposée pour prendre en compte si nécessaire les besoins particuliers.

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

BENEFICIAIRE DE l'AEEH : (CAMSP, CMP, CMPP, hôpital de jour) *Cocher la case correspondante*

Recensement du nombre de bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé à des fins statistiques pour la CAF. Cette valorisation peut permettre selon les situations l'octroi de financement pour améliorer la prise en compte des besoins particuliers dans la structure.

☐ Non ☐ Oui ☐ Ne souhaite pas répondre

REGIME ALIMENTAIRE : *Cocher la case correspondante, à détailler dans la fiche sanitaire*

☐ Aucun ☐ Allergie ☐ Trouble de santé

AUTORISATIONS DU.DES RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

AUTORISATIONS :	OUI	NON
Consulter mon quotient familial pour ajuster la tarification applicable	☐	☐
L'enfant/l'adolescent(e) pourra **participer aux différentes activités et sorties** organisées par la structure	☐	☐
L'enfant/l'adolescent(e) pourra **utiliser les moyens de transports** prévus dans le cadre des activités	☐	☐
L'enfant/l'adolescent(e) **pourra quitter seul-e** la structure à l'issue des activités proposées *A partir de ……h*	☐	☐

FRATRIE

L'enfant/adolescent(e) a-t-il des frères et sœurs mineurs ?

NOM : …… **Prénom :** …… **Classe :** ……

NOM : …… **Prénom :** …… **Classe :** ……

NOM : …… **Prénom :** …… **Classe :** ……

NOM : …… **Prénom :** …… **Classe :** ……

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné·e, responsable de l'enfant/adolescent(e), **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance des règlements intérieurs des structures.** Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé dans le logiciel utilisé par les structures dans le but de suivi/contrôle. Elles seront conservées pendant trois ans.

Je **m'engage à signaler tout changement de situation** concernant l'enfant/adolescent(e) (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance…) ou du/des responsable(s) (coordonnées, modalités d'autorité parentale...).

Conformément à la loi «RGPD », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le ou la responsable de structure. Chaque responsable légal est notamment informé que conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations qu'il communique par le biais de ce formulaire sont nécessaires pour répondre à sa demande et sont destinées au ou à la responsable de structure, en tant que responsable du traitement à des fins de gestion administrative des services utilisés.

Fait à …….. **Signature du ou des responsable(s) :**

Le ……/……/……..

INFORMATIONS RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Numéro allocataire : ☐ C.A.F ☐ M.S.A

……

Nom : ……

Prénom : ……

Adresse :

Code postal :……

Ville : ……

Téléphone personnel :……

Téléphone professionnel : ……

Mail : ……

Profession : ……

Employeur : ……

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Numéro allocataire : ☐ C.A.F ☐ M.S.A

……

Nom : ……

Prénom : ……

Adresse :

Code postal :……

Ville : ……

Téléphone personnel :……

Téléphone professionnel : ……

Mail : ……

Profession : ……

Employeur : ……

AUTRES PERSONNES A CONTACTER

Personne 1 – en qualité de …….

Nom : …… **Prénom :** ……

Téléphone : …… **Téléphone :** ……

☐ A contacter en cas d'urgence ☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 2 – en qualité de …….

Nom : …… **Prénom :** ……

Téléphone : …… **Téléphone :** ……

☐ A contacter en cas d'urgence ☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 3 – en qualité de …….

Nom : …… **Prénom :** ……

Téléphone : …… **Téléphone :** ……

☐ A contacter en cas d'urgence ☐ Autorisé à récupérer l'enfant

Personne 4 – en qualité de …….

Nom : …… **Prénom :** ……

Téléphone : …… **Téléphone :** ……

☐ A contacter en cas d'urgence ☐ Autorisé à récupérer l'enfant

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
Année 2024/2025

École maternelle et élémentaire François Mitterrand

PIA animation

École maternelle Marie-Curie École élémentaire Louis Torcatis

Fiche à joindre au dossier d'inscription unique – Soumis à discrétion professionnelle, elle est archivée seulement 1 année car nécessite un renouvellement annuel

ENFANT/ADOLESCENT(E)

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Nom: …… **Prénom:** ……

Date de naissance : …… **Âge :** ……

N° de sécurité sociale rattaché à l'enfant : ……

Bénéficiaire de la Couverture de Maladie Universelle (CMU) : ☐ **OUI** ☐ **NON**

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Nom : ……

Prénom : ……

Adresse :

Code postal :……

Ville : ……

Téléphone personnel :……

Téléphone professionnel : ……

Mail : ……

Qualité : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Tiers délégataire

Nom : ……

Prénom : ……

Adresse :

Code postal :……

Ville : ……

Téléphone personnel :……

Téléphone professionnel : ……

Mail : ……

ALLERGIE(S)

Alimentaire : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ……

Médicamenteuse : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ……

Autre : ☐ Non ☐ Oui, précisez : ……

La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?

☐ Non ☐ Oui ☐ Déjà établi *(Documents à fournir)*

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.

msa santé famille retraite services

Allocations Familiales Caf des Pyrénées-Orientales

PATHOLOGIE(S)
L'enfant/l'adolescent(e) a-t-il une ou des pathologies ?
……
La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?
☐ Non ☐ Oui ☐ Déjà établi *(Documents à fournir)*

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX
Aucun médicament ne pourra être mis à disposition sans ordonnance et/ou administré sans PAI (Boîtes de médicament dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant/adolescent(e) avec la notice).
Traitement régulier ☐ Aucun ☐ Pris au domicile ☐ A prendre à la structure
Traitement en cas de crise ☐ Aucun ☐ Oui
Si traitement : Joindre l'ordonnance afin d'informer les secours en cas d'urgence
☐ L'enfant/l'adolescent(e) s'auto médicamente ☐ Prévoir PAI pour l'accompagner ☐ Déjà établi (*à fournir)*

APPAREILLAGE COMPENSATOIRE
☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires ☐ Appareil orthopédique
☐ Fauteuil/Déambulateur ☐ Autre *Lequel*……
Précisez des recommandations si nécessaire (manipulation, rangement, à retirer selon l'activité) :
……..
La conduite à tenir nécessite-elle la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I) ?
☐ Non ☐ Oui ☐ Déjà établi *(Documents à fournir)*

MEDECIN TRAITANT
Nom :…… **Tél :** ……
Adresse :……

AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
……..
……..
……..

AUTORISATION
☐ Autorise ☐ N'autorise pas
Le-la responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale…) rendues nécessaires par l'état de l'enfant/l'adolescent(e) suivant les prescriptions du médecin consulté.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), responsable de l'enfant/l'adolescent(e), **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, et avoir fourni** l'attestation de vaccinations précisant par un médecin que l'enfant l'adolescent(e) est à jour ainsi que le cas échéant le(s) Projet(s) d'Accueil Individualisé (PAI).

Conformément à la loi RGPD, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le-la responsable de la structure. **Les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et les structures**. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données seront valables durant l'année en cours et détruites par le service concerné.

Fait à …….. **Signature du ou des responsable(s) :**

Le ……/……/……..

FICHE DE RESERVATION
Année scolaire 2024/2025

Pia — PIA animation — ifac

⚠ **En raison d'une augmentation des effectifs périscolaires, les enfants dont les deux responsables légaux travaillent seront prioritaires.**

PIECES A FOURNIR POUR LA RÉINSCRIPTION :

- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée + Mise à jours personnes autorisées
- ☐ Fiches d'inscriptions restauration & périscolaire
- ☐ Attestation employeur des deux parents
- ☐ Photocopie de l'attestation d'assurance scolaire, périscolaire et extrascolaire
- ☐ Photocopie de l'attestation de quotient familial de moins de 3 mois (CAF ou MSA)
- ☐ PAI signé par le médecin pour les repas PAI
- ☐ RIB (Paiement de la cantine par prélèvement)

ENFANT/ADOLESCENT(E) **Sexe :** ☐ Garçon ☐ Fille

Nom : ..... **Prénom:** .....

Date de naissance : ..... **Classe :** .....

☐ **Ecole maternelle François Mitterrand** ☐ **Ecole élémentaire François Mitterrand**

☐ **Ecole maternelle Marie-Curie** ☐ **Ecole élémentaire Louis Torcatis**

Régime alimentaire : ☐ **Classique** ☐ **Sans porc**

Votre enfant mange-t-il de la viande ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Votre enfant a-t-il un repas P.A.I (*Repas fournis par la famille dans le cadre du PAI*)? ☐ **Oui** ☐ **Non**

RESTAURATION SCOLAIRE

INSCRIPTION	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Régulière	☐	☐	☐	☐
Occasionnelle	☒			

⚠ **En cas de divorce, fournir un jugement et calendrier de garde pour les semaines paires et impaires**
La réservation des repas occasionnels doit se faire au minimum 48h ouvrés avant et avant 9h00.

Garde alternée	Père	Mère
Semaines paires	☐	☐
Semaines impaires	☐	☐

Commentaires :

TEMPS GRATUITS

GARDERIE GRATUITE DU SOIR *De 16h45 à 17h* *De 16h30 à 16h45 (Ecole Marie-Curie)*	☐

TEMPS PERISCOLAIRES - MATIN & SOIR

MATIN 7h30 – 8h30	**FORFAIT** *3 à 4 présences par semaines*	☐
	INSCRIPTION OCCASSIONNELLE *1 à 2 présences par semaine*	☐
SOIR 17h – 18h30	**FORFAIT** *3 à 4 présences par semaine*	☐
	INSCRIPTION OCCASSIONNELLE *1 à 2 présences par semaine*	☐

⚠ **Pour les temps périscolaire SOIR, si vous ne cochez aucune case alors votre enfant sortira avec l'école !**

Fait à ..... **Signature du ou des responsable(s) :**

Le ...../...../.....

AUTORISATION DE CAPTATION

École maternelle et élémentaire François Mitterrand

École maternelle Marie-Curie École élémentaire Louis Torcatis

Autorisation à joindre au dossier d'inscription unique - Conservation et exploitation pour une durée de 10 ans Vu le Code Civil, en particulier son article 9, vu le Code de la propriété intellectuelle.

AUTORISE

Madame, Monsieur, l'exploitation et la conservation du document se feront avec votre accord, exclusivement dans les conditions définies ci-dessous. La voix et/ou l'image et/ou production de votre enfant pourront être présentées sur différents supports permettant sa diffusion (documents, site internet, diaporama…).

ENFANT/ADOLESCENT(E) **Sexe :** ☐ Garçon ☐ Fille

Nom: …… **Prénom:** ……

☐ **On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.**
☐ **On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir les supports créés et/ou sur lesquels j'apparais.**
☐ **Et je suis d'accord pour que l'on enregistre mon image ou ma voix.**

RESPONSABLE(S)

Nom : …… **Prénom:** ……..
Adresse ……..
Téléphone : …… **En qualité de** ……..

Nom : …… **Prénom:** ……..
Adresse ……..
Téléphone : …… **En qualité de** ……..

Par la présente, je donne l'autorisation au Centre de loisirs éducatif de Pia, à l'association ifac qui le gère et aux écoles élémentaires et maternelles François Mitterrand, Louis Torcatis et Marie Curie de représenter, reproduire (totalement ou partiellement), publier, diffuser et communiquer au public les images fixes et/ou animées sur lesquelles figure l'enfant/l'adolescent·e cité ci-dessus dont je suis responsable légal et/ou ses productions prises durant les activités pédagogiques et artistiques dans le cadre du projet associatif - éducatif - pédagogique précité ou au cours de leur restitution.

J'autorise le Centre de loisirs éducatif de Pia, l'association Ifac et les écoles élémentaires et maternelles François Mitterrand, Louis Torcatis et Marie Curie à procéder à toute modification utile des images représentant l'enfant/l'adolescent·e et/ou ses productions ainsi qu'à la réutilisation ultérieure des images concernées pour un sujet identique ou similaire.

Les prises de vues photographiques, audiovisuelles, sonores peuvent être exploitées par le Centre de loisirs éducatif de Pia, l'association ifac qui le gère et les écoles élémentaires et maternelles François Mitterrand, Louis Torcatis et Marie Curie dans le cadre de ses activités internes et/ou pour l'accomplissement de ses missions statutaires, accomplissement qui inclut la possibilité de rétrocéder ces droits à tout organisme à vocation culturelle, éducative, scientifique, pédagogique, muséologique ou sociale**, à des fins de promotion des actions de l'association nationale de l'ifac sur tout support connu ou inconnu à ce jour** (livres, journal interne, dépliant, sites Internet, Intranet et/ou blog, dossier de presse, opérations promotionnelles, reportage d'information pour les médias, exposition, publication d'ouvrages, articles de presse, archivage...). **Cette autorisation est donnée à titre gracieux et non exclusif, pour une exploitation non commerciale, pour tous pays et pour la durée de protection légale de la propriété littéraire et artistique.**

Fait à …….. **Signature du ou des responsable(s) :**

Le ……../……../……..

☐ N'AUTORISE PAS LA CAPTATION

Conformément aux obligations du RGPD, les données personnelles que vous nous communiquerez ne seront utilisées que dans le cadre des relations entre vous et l'association. Les données ne seront pas utilisées à des fins sortant du cadre du service demandé. Les données non utilisées depuis trois ans sont régulièrement effacées de nos bases (opération effectuée au moins une fois par an) ou selon les modalités explicitement décrites pour le service concerné.