

# DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE



École maternelle  
Claude Simon



École élémentaire  
Claude Simon



2024 / 2025

**Le dossier doit être obligatoirement retourné COMPLET et SIGNE au service des affaires scolaires**

Photo d'identité

Nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Sexe :  Garçon  Fille

## PIECES OBLIGATOIRES – 1<sup>ÈRE</sup> INSCRIPTION & RÉINSCRIPTION :

- Dossier unique d'inscription complété et signé
- Fiche sanitaire complétée et signée
- Autorisation de captation complétée et signée
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie du carnet de vaccination à jours
- 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)
- 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)
- RIB – Si mise en place d'un prélèvement pour la restauration scolaire

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.



santé  
famille  
retraite  
services



## 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 : .....

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 : .....

## 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

# INFORMATIONS ENFANT / ADOLESCENT

Sexe :  Garçon  Fille

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant : .....

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 des responsables légaux*

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 1<sup>er</sup> accueil*

Aucune  Assistant.e 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  Lycée  Institution (IME, ITEP, IEM...)  
 A domicile

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

L'enfant bénéficie-t-il 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 de votre enfant.*

Non  Oui  Ne souhaite pas répondre

**BENEFICIAIRE DE L'AAEH : (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 de l'enfant 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

# AUTORISATION DU/DES RESPONSABLE(S) LEGAL(AUX)

AUTORISATIONS :	OUI	NON
Consulter mon quotient familial pour ajuster la tarification applicable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant pourra participer aux différentes activités et sorties organisés par la structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant pourra utiliser les moyens de transports prévus dans le cadre des activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'enfant pourra quitter seul la structure à l'issue des activités proposées à partir de .....H.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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 (santé, scolarisation, lieu de vie, assurance...) ou du/des responsables (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 ...../...../.....

# AUTORISATION DE CAPTATION



École maternelle  
Claude Simon



École élémentaire  
Claude Simon



**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 de Salses le Château, à l'association ifac qui le gère et à l'école élémentaire Claude Simon 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-e 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 de Salses le Château, l'association ifac et l'école primaire Claude Simon 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 de Salses le Château, l'association ifac qui le gère et l'école primaire Claude Simon 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.



santé  
famille  
retraite  
services



# FICHE RESTAURATION

ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025



École maternelle  
Claude Simon



École élémentaire  
Claude Simon



Mon enfant peut être inscrit **au mois ou au repas**.

Le restaurant scolaire **doit être réglé entre le 1<sup>er</sup> et le 12 du mois en cours**.

**Les inscriptions doivent être faites 10 jours à l'avance** auprès du service scolaire en mairie.

**ENFANT**

Sexe :  Garçon  Fille

Nom : ..... Prénom : .....

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

Numéro allocataire : ..... (OBLIGATOIRE)

Régime alimentaire :  Classique  Sans porc  Allergies : .....

J'inscris mon enfant au mois (tous les jours)  Forfait 47€

J'inscris mon enfant au repas (3,60€ le repas) les :

Lundi  Mardi  Jeudi  Vendredi

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

**Contrat**

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la régie du service scolaire à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de la régie du service scolaire.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les huit semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Identifiant du Créancier Sepa : FR72ZZZ563545

Désignation du Créancier : Régie Cantine scolaire, Boulevard Jean Jaurès, 66600 Salses le Château

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

**Désignation du compte à débiter**

Nom de la banque : .....

Identification IBAN : .....

Identification Internationale de la Banque : .....

Fait à .....

Signature du ou des responsable(s) :

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

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON



École maternelle  
Claude Simon



École élémentaire  
Claude Simon



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

## 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)

## 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 (Boîte 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)

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.



santé  
famille  
retraite  
services



### 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 : ..... Tel : .....

Adresse : .....

### AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Responsable 1 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

Responsable 2 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

### 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 communiquez 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) :

### 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 : ..... Tel : .....

Adresse : .....

### AUTRES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Responsable 1 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

Responsable 2 – en qualité de .....

Nom : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Téléphone : .....

### 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 communiquez 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) :