

**Seul le dossier complet sera accepté**

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION ANNUELLE**  
**Année Scolaire 2017/2018**

Document à remettre le 28 juin 2017

**(Important : remplir une page 1, par enfant)**

**L'ENFANT :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Sexe :**  Masculin  Féminin

**Né(e) le :** ...../...../..... **Lieu de Naiss. :** ..... **Dépt :** .....

**Ecole prévue en sept. 2017 :**

- Maternelle Jean Ferrat     Elémentaire Jean Ferrat  
 Maternelle Echassons     Elémentaire Echassons  
 Maternelle Lormoy         Elémentaire Lormoy (voir carte des secteurs)

**Classe prévue à la rentrée de septembre :** .....

**Assurance Scolaire :** ..... N° de contrat.....

**STRUCTURES FREQUENTEES PAR L'ENFANT** (Facturation au forfait sauf pour les repas).

Indiquez les services et jours que vous utiliserez tout au long de l'année.

**! Les inscriptions pour les mercredis se font avec les inscriptions des vacances.**

**Restaurant scolaire :**

LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI

**Périscolaire :** (avant et après l'école) (le goûter est à fournir)

**MATIN**  LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI

**SOIR**  LUNDI  MARDI  JEUDI  VENDREDI →  périscolaire et / ou  atelier

**Etudes surveillées :**

LUNDI  MARDI  JEUDI

**Copie des pièces à fournir obligatoires:**

- Attestation d'assurance.     Vaccination DTCP.  
 Fiche sanitaire.                 Une photo récente de l'enfant.

**Pour le Quotient Familial :**

- copie recto-verso de votre avis d'imposition 2016 et celle de votre conjoint,  
 copie du justificatif de domicile de moins de trois mois (facture d'électricité ou d'eau uniquement),  
 copie de votre livret de famille,  
 copie de l'attestation de paiement ou de non-paiement CAF ou de la MSA datant de moins de trois mois,  
 copie du certificat de scolarité (enfant de plus de 16 ans).

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

L'enfant a un Protocole d'Accueil Individualisé  Oui  Non  si oui fournir à l'école le document signé par les médecins et les partenaires.

Vaccin D.T.P. (ou D.T.C.P.) : **Date du dernier rappel** : ...../...../.....  
(Rappel nécessaire tous les 5 ans)

Médecin : ..... Tél. : .....

Numéro de Sécurité Sociale (où l'enfant est rattaché) code de gestion : .....

N° Allocataire CAF:.....

Allergies connues :  Non  Oui, lesquelles ? .....

Antécédents médicaux : .....

Autre(s) informations utiles : .....

\* Rappels : Seuls des P.A.I. avec avis médical peuvent aménager voir modifier les repas de la restauration collective communale.

**RESPONSABLES LEGAUX : données utilisées également pour le Quotient Familial**

**MERE DE L'ENFANT** [ou TUTRICE avec copie du jugement obligatoire] :

Demandeur ou  conjoint (QF-cocher la case correspondante)

Nom : ..... Prénom : .....

Née le: ...../...../..... Lieu de Naiss : .....

Mariée  Vie Maritale  Pacsée  Célibataire  Séparée  Divorcée  Veuve

Adresse : .....

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

Tél. Fixe : ..... Mobile : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse employeur : ..... Tél employeur :

**PERE DE L'ENFANT** [ou TUTEUR avec copie du jugement obligatoire] :

Demandeur ou  conjoint (QF-cocher la case correspondante)

Nom : ..... Prénom : .....

Né le : ...../...../..... Lieu de Naiss. : .....

Marié  Vie Maritale  Pacsé  Célibataire  Séparé  Divorcé  Veuf

Adresse : .....

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

Tél. Fixe : ..... Mobile : ..... E-mail : .....

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse employeur : ..... Tél employeur :

**LE RESPONSABLE PAYEUR** (*Quotient Familial applicable uniquement si domicilié sur la commune*)

Père  Mère

Si autre, Nom : ..... Prénom : ..... Date Naiss. : .....

**EN CAS DE SEPARATION Δ IMPORTANT : Fournir jugement ou convention**

En l'absence d'information officielle, les deux parents restent les responsables légaux sans restriction.

**AUTORISATIONS - SORTIE DE L'ENFANT (cf règlement intérieur des ACM)**

Noms*	Prénoms	Lien de parenté	Téléphone fixe	Téléphone mobiles

\* Les personnes doivent avoir 13 ans au minimum.

Je soussigné (e) ....., en ma qualité de responsable légal,

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités des accueils de loisirs. Il pourra se rendre sur différents sites, quel que soit le moyen de transport, accompagné par l'équipe d'animation ;

Autorise les responsables à agir en cas d'urgence médicale sans restriction (*Mise en sécurité, conseils médicaux auprès du 15, évacuation par les services d'urgence si nécessaire, etc...*) ;

M'engage à signaler tout changement susceptible d'intéresser l'équipe d'animation, intervenant dans la vie de l'enfant et pouvant modifier son comportement au sein du groupe (*Divorce, séparation, décès, garde d'un parent ...*) ;

M'engage à tenir à jour cette fiche de renseignements. Je signalerai par écrit la (les) modification(s) éventuelle(s) auprès du responsable de l'accueil de loisirs ou du périscolaire;

Atteste avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à les respecter : Accueils de loisirs et quotient familial. Rappels : Ils sont disponibles sur le site internet de la ville;

J'autorise la mairie à utiliser les photos de mon enfant, prises au cours de ses activités collectives, dans le cadre des accueils de loisirs, sur les supports de communication de la ville, pour l'année 2017-2018. /\_/ Oui /\_/ Non

Je certifie sur l'honneur que les documents joints et les renseignements portés sur cette fiche expriment la réalité de sa cellule familiale.

Je certifie sur l'honneur avoir pris connaissance du règlement intérieur du Pôle Culture-Loisirs-Enfance.

Longpont sur Orge, le ...../...../ 2017

Signature(s) obligatoire(s) :