

1 COMPOSITION FAMILIALE

Père :

- NOM : Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse :
- CP : Ville :
- Téléphone fixe :
- Téléphone portable :
- Téléphone travail :
- Profession :
- Adresse électronique :

Mère :

- NOM : Prénom :
- Date de naissance :
- Adresse (si différente) :
- CP : Ville :
- Téléphone fixe :
- Téléphone portable :
- Téléphone travail :
- Profession :

Autre :

- NOM : Prénom : • Qualité :
- Adresse : • Téléphone :
- CP : Ville :

Adresse à Capbreton si différente (grands-parents / résidence secondaire /etc.)

- Chez (Nom / Prénom) :
- Adresse :
- CP : Ville :
- Téléphone fixe : Téléphone portable :

• Si un seul parent exerce l'autorité parentale, le préciser : Père Mère

Autre (à préciser) :

(Fournir une copie du jugement relatif à l'autorité parentale)

Composition de la famille

N° attribué à l'usager	Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance	École fréquentée 2016-2017	Classe
① (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
② (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
③ (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
④ (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
⑤ (enfant)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Autre cas			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

(à préciser)						
--------------	--	--	--	--	--	--

2. RÉGLEMENT DES FACTURES

- Indiquer le représentant qui prendra en charge les différentes factures :
- Nombre d'enfants à charge :
- N° d'allocataire CAF (6 chiffres) :
- N° MSA :
- Pour les familles concernées, joindre une copie de la carte d'identité vacances

Pour l'Accueil de loisirs périscolaire et l'Accueil de loisirs sans hébergement, les chèques CESU sont acceptés pour les enfants de moins de 6 ans.

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), peut apporter une aide aux familles, en fonction de leur situation et sous conditions de revenus. ☎ 05.58.72.70.75

3. DROIT À L'IMAGE

- Autorise la mairie de Capbreton à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou film(s), pour des usages suivants :
- Publication dans le bulletin municipal
 - Publication sur le site de la Ville www.capbreton.fr et sur son Facebook.
 - Exposition photographique dans les structures municipales Enfance et Jeunesse suivantes : Crèche, Alsh, Accueil périscolaire, Médiathèque municipale.
 - Dans la presse locale
 - N'autorise pas la mairie de Capbreton à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou film(s).

La remise de ce dossier ne dispense pas les familles d'inscrire les enfants à l'accueil périscolaire (inscription tous les matins à la maternelle pour l'accueil périscolaire du soir) et à l'accueil de loisirs (pour les mercredis et les vacances).

Dossier à remettre :

- au pôle Enfance jeunesse sports et vie associative : maison Nismes, av. J. Lartigau Tél : 05 58 41 97 00 du lundi au vendredi

ou

- au centre de loisirs (Alsh) à partir de 17h (lundi, mardi, jeudi et vendredi).

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

ANNÉE SCOLAIRE

FICHE SANITAIRE

1 FICHE PAR ENFANT MINEUR

Nom de l'enfant : Prénom :
.....

Sexe : M F Date de naissance :

1. RESPONSABLE LÉGAL

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Domicile : Tél. Travail : Tél. Portable :

2. RECOMMANDATIONS UTILES

Appareillages : port de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, autres
(à préciser) :

Antécédents à signaler :

3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Allergies ou soins spécifiques : Oui Non

Si oui, produire un certificat médical et le Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Régime alimentaire (sur prescription médicale) : Oui - Lequel :
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Attention : aucun médicament ne sera donné.

4. VACCINATIONS

Pièces administratives à fournir : - Photocopie du carnet de santé (D.T.P) avec mise à jour des vaccins.

5. MÉDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

6. CAS D'URGENCE

Un enfant accidenté ou gravement malade sera dirigé automatiquement vers les services de secours d'urgence. La famille sera alors prévenue.

7. PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

Se munir d'une pièce d'identité.

8. INSCRIPTIONS TEMPS D'ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES (TAP)

Nom de L'enfant : **Prénom :**
.....

Inscription pour l'année scolaire au Temps d'Activités Périscolaires (TAP) gratuits et facultatifs (l'inscription engage l'enfant sur l'année scolaire) :

OUI NON

Monsieur.....Madame.....

Responsable légal de l'enfant nommé ci-dessus,

• **Certifie exact les renseignements portés sur la fiche.**

• **Reconnaît avoir pris connaissance du règlement de chaque structure fréquentée par son enfant**

Le/...../..... Signature(s) :