

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 :

J'accepte que la Ville de Capbreton m'envoie des informations par courrier électronique

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'utilisateur	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 (à préciser)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

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), dans le bulletin municipal, le site de la Ville www.capbreton.fr, sur son Facebook et dans les structures municipales.
- Dans la presse locale
- N'autorise pas** la mairie de Capbreton à reproduire, présenter, exposer, publier la ou les photographies(s) ou film(s) sur les supports de communication cités ci-dessus.

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 centre de loisirs (Alsh) à partir de 17h (lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi). Documents à fournir : Assurance scolaire, vaccin DTP, fiche d'imposition.

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 doit-il suivre un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*dans leur boîte d'origine, avec la notice et marquée au nom de l'enfant*). **Attention** : aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

4. VACCINATIONS

Pièces administratives à fournir : – Photocopie du carnet de santé 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 :

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) :