

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION



Dossier reçu le :/...../20..... Traité le :/...../20.....
En cours de traitement Service : ED EJ CS
N° de la famille : Observation de l'agent :



Pièces justificatives obligatoires à joindre pour la création du dossier :

- o Copie du livret de famille ou acte de naissance avec filiation
- o Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- o Copie du jugement de divorce ou document stipulant les modalités de garde (en cas de séparation)
- o N° d'allocataire CAF ou déclaration de revenus N-1

ENFANT

Nom Prénom
Sexe F M Date de naissance Lieu Dépt
Adresse
Bâtiment /étage : Commune CP

FAMILLE

Représentant légal 1

Mère Père Autre

Nom
Prénom
Date de Naissance
Adresse
Tel Fixe Portable
@
Employeur
Adresse Tel

Situation de famille : Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale
Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e)

Représentant légal 2

Mère Père Autre

Nom
Prénom
Date de Naissance
Adresse
Tel Fixe Portable
@
Employeur
Adresse Tel

Situation de famille : Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale
Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Séparé(e)

En cas de séparation ou de divorce, la garde est assurée par : Le représentant 1 Le représentant 2 Garde alternée

Personne non autorisée à venir chercher l'enfant : Lien:

Fournir obligatoirement un justificatif (*jugement de divorce ou autre*)

AUTRES MEMBRES COMPOSANT LE FOYER FISCAL OU VIT L'ENFANT

Lien avec l'enfant : Beau-père Belle-mère Sœur
Frère Demi-frère Demi-sœur Autre

Nom Prénom
Date de Naissance Tel

Lien avec l'enfant : Beau-père Belle-mère Sœur
Frère Demi-frère Demi-sœur Autre

Nom Prénom
Date de Naissance Tel

Lien avec l'enfant : Beau-père Belle-mère Sœur
Frère Demi-frère Demi-sœur Autre

Nom Prénom
Date de Naissance Tel

Lien avec l'enfant : Beau-père Belle-mère Sœur
Frère Demi-frère Demi-sœur Autre

Nom Prénom
Date de Naissance Tel

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant Tel

Votre enfant présente-t-il des troubles de la santé ou des allergies? Non Oui Précisez

Si oui, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place avec le médecin :
Non : Oui A quelle date :

MODE DE FACTURATION

Allocataire CAF Nom et Prénom de l'allocataire N° d'allocataire

Bénéficiaire du PASS ALSH de la CAF Oui Non

Allocataire MSA Nom et Prénom de l'allocataire N° d'allocataire

(fournir une attestation de Quotient Familial de - de 3 mois)

Paiement par prélèvement automatique Oui *(Fournir obligatoirement mandat SEPA + RIB)* Non

Adhésion à la facture en ligne Oui Non

Facture partagée **dans le cadre d'une garde alternée (suivant le planning) fournir les revenus et l'autorisation signée des 2 parents**

Nombre d'enfants à charge :

CONTACTS

Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence et autorisées à venir chercher l'enfant (autres que les représentants légaux)

Personne 1 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable
A contacter en cas d'urgence Autorisée à venir récupérer l'enfant

Personne 2 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable
A contacter en cas d'urgence Autorisée à venir récupérer l'enfant

Personne 3 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable
A contacter en cas d'urgence Autorisée à venir récupérer l'enfant

Personne 4 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable
A contacter en cas d'urgence Autorisée à venir récupérer l'enfant

Personne 5 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable
A contacter en cas d'urgence Autorisée à venir récupérer l'enfant

Personne 6 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable
A contacter en cas d'urgence Autorisée à venir récupérer l'enfant

J'autorise une personne mineure (âgée de + de 14 ans) à venir chercher mon enfant :

Personne 1 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable

Personne 2 - Nom Prénom
Lien avec l'enfant Tel domicile Tel portable

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

Nom et prénom du demandeur représentant légal de l'enfant

- **J'autorise** la collectivité à consulter les informations relatives à mes ressources sur la CAF pour établir la tarification :

Oui Non je m'engage à fournir une copie de l'avis d'imposition sur les revenus N-2, faute de quoi le tarif maximum sera appliqué

- **J'autorise** mon enfant à effectuer des déplacements, à pied ou en bus liés à des besoins de service et ce, dans des conditions de sécurité requises

Oui Non

- **J'autorise** mon enfant à participer aux activités physiques et sportives organisées par la collectivité : Oui Non

- **J'autorise** la diffusion dans la presse (locale, municipale) et dans les locaux des structures, de photos ou d'images filmées de mon enfant, prises dans le cadre des activités municipales : Oui Non

L'absence de réponse sera considérée comme une réponse positive.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de fonctionnement et accepter le règlement intérieur des différentes structures.

Je certifie être informé(e) que, en cas d'urgence, les services de secours seront contactés et que des mesures pourront être prises, y compris l'hospitalisation,

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus et je m'engage à signaler toute modification, notamment un changement d'adresse, de téléphone, ou de situation familiale.

Fait à

le

Signature obligatoire du ou des représentants légaux (en cas de garde partagée de l'enfant)

Il est rappelé à l'usager qui emploie un faux nom ou un faux état civil dans un acte public ou un acte administratif destiné à l'autorité publique, qui produit une attestation ou un certificat falsifié, qu'il encourt les peines prévues aux articles L433-19 et L 441-7 du code pénal.

Si ces manœuvres ont pour objet de conduire ou ont conduit à l'attribution d'un droit usurpé, les peines encourues sont celles prévues aux articles L 313-1 et L 313-3 pour escroquerie ou tentative d'escroquerie.

Conformément à la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, le droit d'accès, de modification ou de suppression peut s'exercer auprès des Directions de l'Education et de la Jeunesse.

Les informations ci-dessus recueillies font l'objet d'un traitement informatique déclaré et validé par la CNIL et peuvent être transmises aux partenaires de la ville dans le cadre de la gestion des activités. Ne sont transmises dans ce cas que les informations strictement nécessaires au traitement des activités concernées.

La caisse d'allocations familiales de la Corrèze met à notre disposition un service Internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.