



1ère inscription

## *Dossier Unique d'Inscription 2023 /2024*

*Restauration scolaire – Accueils Périscolaires - Mercredis – Vacances Scolaires*

Ce dossier est valable de **septembre à août**.

**L'inscription sera définitive qu'après réception du dossier complet au Kiosque Famille.**

Après réception et validation du DUI, un code abonné vous sera envoyé par mail, afin de créer votre compte famille. Vous pourrez ensuite accéder aux réservations des activités et à vos factures via **l'application mobile** ou **sur le portail famille** via le site de la ville [www.mairie-lanton.fr](http://www.mairie-lanton.fr)

### Le dossier doit être accompagné des justificatifs suivants :

- Certificat de radiation si nécessaire
- Photocopie du livret de famille complet,
- Pour les parents séparés ou divorcés, photocopie du dernier jugement de divorce ou ordonnance provisoire du juge des affaires familiales mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale et la résidence habituelle de l'enfant (à défaut, fournir l'attestation sur l'honneur du deuxième parent accordant tout pouvoir à la scolarisation de l'enfant).
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois,
- Carnet de santé,
- Attestation Sécurité Sociale,
- Attestation d'assurance péri-et extrascolaire avec responsabilité civile,
- N° Allocataire CAF sinon dernier avis d'imposition,
- 2 photos pour les petites sections,
- Attestation employeur (si inscriptions aux activités des mercredis et durant les vacances scolaires)
- 1 photo pour la carte de bus



## FICHE ENFANT 3\*/6 ans

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOMS : \_\_\_\_\_

Classe 2023/2024  Petite Section  Moyenne Section  Grande Section

Garçon -  Fille Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

MODE DE GARDE N-1 :

MULTI ACCUEIL  ASSISTANTE MATERNELLE  GARDE FAMILIALE  AUTRE

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ N° tel : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Varicelle –  Rougeole –  Oreillons –

Rubéole -  Coqueluche -  Scarlatine -  Autre Précisez \_\_\_\_\_

Si oui photocopie de la page du carnet de santé de l'enfant

Votre enfant porte-t-il :  des lunettes -  un appareil auditif -  des diabolos -  un appareil dentaire

Indiquez ici les difficultés de santé en précisant les précautions à prendre et/ou la conduite à tenir.  
(Allergies, maladies, accidents...) :

Votre enfant bénéficie t'il de l'allocation AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)  OUI  NON

Votre enfant fait-il l'objet d'un régime alimentaire particulier ?  OUI  NON

Si oui, lequel :

Votre enfant est-il soumis à un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ?  OUI  NON

Si oui, pour quel(s)

motif(s) : \_\_\_\_\_

**Toute allergie alimentaire déclarée doit être signalée dès l'inscription de l'enfant auprès du directeur d'école afin de mettre en place un Protocole d'Accueil Individualisé avec le médecin scolaire.**

## VACCINS

Joindre les photocopies des pages du carnet de santé en format paysage.

La vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) est obligatoire.

Si votre enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

## TRANSPORTS

Votre enfant utilisera : - le transport Scolaire  OUI  NON

Si oui, nom de l'arrêt : \_\_\_\_\_

- le transport Extra-scolaire (Mini-bus le mercredi et vacances)

OUI  NON

Si oui, nom de l'arrêt : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il sujet au mal des transports ?  OUI  NON

## PERSONNES AUTORISÉES A RÉCUPÉRER L'ENFANT

Ces autorisations sont annuelles et concernent les accueils de loisirs ainsi que les transports.

NOMS	PRENOMS	En qualité de	Téléphone fixe	Téléphone portable

## ASSURANCE

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

**Joindre obligatoirement une attestation d'assurance extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident).**

## AUTORISATION DE PRISE DE VUE

J'autorise

Je n'autorise pas l'équipe d'encadrement à utiliser des photos ou vidéos de mon enfant prises dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires.

# FICHE FAMILLE

## RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale des responsables légaux de l'enfant :

Mariés  Divorcés  Séparés  Célibataire  Pacsés  Concubinage  Union libre  Veuf (ve)

**Responsable Légal de l'enfant :**  Père -  Mère -  Autre Préciser :

**La personne nommée en premier doit être l'allocataire CAF et la personne habilitée à régler les factures**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_

Ville Employeur : \_\_\_\_\_ Téléphone pro : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Responsable Légal de l'enfant:**  Père -  Mère -  Autre Préciser :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Téléphone portable : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Ville Employeur : \_\_\_\_\_ Téléphone pro : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Régime :    Général       M.S.A       Maritime       Autre Préciser

N° Allocataire CAF Gironde : \_\_\_\_\_

Le titulaire du dossier CAF     autorise             n'autorise pas la collectivité à consulter le dossier allocataire internet CAF

Je soussigné(e), M. Mme \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la  
structure à prendre toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues  
nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur des Accueils de Loisirs Sans  
Hébergement et Restauration et m'y conformer.

A LANTON Le : \_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux (mention manuscrite « lu et approuvé »)