



DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION FAMILLE

Ce dossier a pour objectif de vous créer un accès au Portail famille afin d'effectuer la réservation des repas de vos enfants en période scolaire et pendant les vacances s'ils sont inscrits à l'accueil de loisirs.

SERVICES CONCERNÉS

Groupe scolaire

Restauration scolaire

Accueil Périscolaire (ALAE)

Accueil de Loisirs Sans Hébergement (ALSH)

L'inscription administrative d'un enfant ne correspond pas à une réservation d'activité.

Ce dossier doit être déposé, dûment complété et accompagné des pièces justificatives mentionnées ci-dessous, à :

Mairie - Affaires scolaires

1 place de Roaldès du Bourg, 31840 Seilh

ou par mail : etatscivil@mairie-seilh.fr

(À REMETTRE DÈS QUE POSSIBLE)

LES DOSSIERS IMCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTE

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- | | |
|---|--|
| ☐ Livret de famille | ☐ Attestation prestations CAF (en l'absence d'attestation, le tarif maximum sera appliqué pour les repas) |
| ☐ Photo enfant(s) | ☐ Relevé d'identité bancaire (si inscription cantine) |
| ☐ Pièce d'identité des responsables légaux | ☐ Formulaire de souscription au prélèvement automatique pour le règlement des factures |
| ☐ Justificatif(s) de domicile de moins de 3 mois
Pour les personnes hébergées, joindre une attestation d'hébergement accompagnée de la pièce d'identité de l'hébergeant et de son justificatif de domicile. | ☐ Certificat de radiation si changement d'école |
| ☐ Jugement de séparation ou de divorce (le cas échéant) et calendrier de garde alternée. | ☐ Dérogation scolaire de la commune de résidence (si hors secteur) |
| ☐ Carnet de santé enfant(s)
Vaccinations : si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication. | ☐ Règlement intérieur de la restauration scolaire signé |
| | ☐ Assurance scolaire si nécessaire |

ENFANT

Nom : Prénom :

☐ Fille ☐ Garçon - Date et lieu de naissance :

Etablissement scolaire :

☐ Maternelle ☐ Elémentaire Classe**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**☐ Allergie alimentaire (si oui précisez)☐ Allergie médicamenteuse (si oui précisez)☐ Autre (précisez) :☐ Protocole d'accueil individualisé (PAI) (si oui joindre une copie) ☐ Reconnaissance MDPH ☐ Bénéficiaire de l'AEEH

Nom du médecin traitant : Tél. :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**Pratiques alimentaires spécifiques :** ☐ aucune ☐ Sans viandeAutorisation d'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non - Autorisation de partir seul : ☐ Oui ☐ Non**ENFANT**

Nom : Prénom :

☐ Fille ☐ Garçon - Date et lieu de naissance :

Etablissement scolaire :

☐ Maternelle ☐ Elémentaire Classe**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**☐ Allergie alimentaire (si oui précisez)☐ Allergie médicamenteuse (si oui précisez)☐ Autre (précisez) :☐ Protocole d'accueil individualisé (PAI) (si oui joindre une copie) ☐ Reconnaissance MDPH ☐ Bénéficiaire de l'AEEH

Nom du médecin traitant : Tél. :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**Pratiques alimentaires spécifiques :** ☐ aucune ☐ Sans viandeAutorisation d'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non - Autorisation de partir seul : ☐ Oui ☐ Non**ENFANT**

Nom : Prénom :

☐ Fille ☐ Garçon - Date et lieu de naissance :

Etablissement scolaire :

☐ Maternelle ☐ Elémentaire Classe**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**☐ Allergie alimentaire (si oui précisez)☐ Allergie médicamenteuse (si oui précisez)☐ Autre (précisez) :☐ Protocole d'accueil individualisé (PAI) (si oui joindre une copie) ☐ Reconnaissance MDPH ☐ Bénéficiaire de l'AEEH

Nom du médecin traitant : Tél. :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**Pratiques alimentaires spécifiques :** ☐ aucune ☐ Sans viandeAutorisation d'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non - Autorisation de partir seul : ☐ Oui ☐ Non

AUTORITÉ PARENTALE

Les deux parents sont-ils titulaires de l'autorité parentale ?

- ☐ OUI (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)
- ☐ NON (joindre obligatoirement la copie de la décision de justice)

RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Adresse du foyer :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. professionnel :

Courriel :

Profession :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves ☐ Oui ☐ Non

☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Veuf

☐ Divorcé ou séparé (fournir l'extrait de jugement sur le droit de garde)

☐ Garde alternée

RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Adresse du foyer :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. professionnel :

Courriel :

Profession :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves ☐ Oui ☐ Non

☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Vie maritale ☐ Célibataire ☐ Veuf

☐ Divorcé ou séparé (fournir l'extrait de jugement sur le droit de garde)

☐ Garde alternée

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° CAF ou MSA : Nom de l'allocataire :

Département CAF :

Assurance responsabilité civile : N° de contrat :

Assurance individuelle accident : N° de contrat :

Assurance scolaire : N° de contrat :

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER MON (MES) ENFANT(S)

Les personnes autorisées à récupérer mon (mes) enfant(s) doivent obligatoirement présenter une pièce d'identité.

Nom:.....

Prénom :

Tél. :

Lien de parenté:

Nom:.....

Prénom :

Tél. :

Lien de parenté:

Nom:.....

Prénom :

Tél. :

Lien de parenté:

Nom:.....

Prénom :

Tél. :

Lien de parenté:

Je, soussigné(e) responsable légal 1 :

Je, soussigné(e) responsable légal 2 :

ATTESTE l'exactitude des informations figurant dans le présent dossier.

AUTORISE la prise, la diffusion et la publication de photographies et vidéos de mon(mes) enfant(s) dans le cadre des activités auxquelles il(ils) est(sont) inscrit(s) :

ENFANT

Nom : Prénom : ☐ OUI ☐ NON

ENFANT

Nom : Prénom : ☐ OUI ☐ NON

ENFANT

Nom : Prénom : ☐ OUI ☐ NON

Ces photographies et vidéos étant à vocation :

- de communication municipale (site internet, bulletin municipal, brochures)
- de diffusion aux médias (presse écrite et audio-visuelle).

Fait à Seilh le

Signature(s) du ou des représentants légaux, précédée(s) de la mention « lu et approuvé ».