

DOSSIER PARTAGÉ D'INSCRIPTION 2021/2022

Une fiche de renseignement **par enfant** Ecole / ALAE / Restauration scolaire
ECOLE AMANDUS – MONTANS

ENFANT

NOM : _____ PRENOM : _____ SEXE : M F
 DATE & LIEU DE NAISSANCE : ___/___/___ A _____
 CLASSE : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2
 ECOLE FREQUENTEE L'ANNEE PRECEDENTE : _____

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE 1 (Domicile Principal de l'enfant – Adresse de facturation)	RESPONSABLE 2
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère

Situation familiale entre les deux responsables :

Mariés Pacsés Union Libre Célibataire *Divorcés *Séparés Veuf(ve)

* Si parents séparés, merci de préciser si garde alternée : Oui Non

* En cas de séparation ou divorce : joindre la copie du jugement déterminant l'autorité parentale et les modalités de garde et de résidence de l'enfant

NOM :
 PRENOM :
 NE(E) LE :/...../..... A :
 ADRESSE :
 CPVILLE :
 Portable :/...../...../.....
 Fixe :/...../...../.....
 Travail :/...../...../.....
 Email :@.....

NOM :
 PRENOM :
 NE(E) LE :/...../..... A :
 ADRESSE :
 CPVILLE :
 Portable :/...../...../.....
 Fixe :/...../...../.....
 Travail :/...../...../.....
 Email :@.....

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (tuteur légal)

NOM : PRENOM :
 LIEN AVEC L'ENFANT :
 ADRESSE : CP VILLE
 Portable :/...../...../..... Fixe :/...../...../..... Travail :/...../...../.....
 Email :@.....

PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT OU A APPELER EN CAS D'URGENCE

(Autres que les parents)

Mettre une croix dans la case correspondante

Nom & Prénom	Lien de parenté	 Domicile	 Portable	Autorisé à récupérer l'enfant	Appel en cas d'urgence

Si vous souhaitez que votre enfant, âgé uniquement de plus de 6 ans, quitte l'ALAE seul ou accompagné d'un mineur, vous devez obligatoirement remplir la partie s'y rapportant dans la fiche d'autorisation jointe.

LA FRATRIE

ORDRE DANS LA FRATRIE	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ETABLISSEMENT FREQUENTE	CLASSE
1					
2					
3					
4					
5					

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité Civile et individuelle accident (attestation à fournir)

COMPAGNIE D'ASSURANCE	N° DE CONTRAT

Je Soussigné(e) Mme, M : _____ agissant en qualité de responsable légal de l'enfant _____, m'engage à vous signaler tout changement modifiant les indications portées sur cette fiche.

Fait à :

Le :

Signatures obligatoires

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

<u>NOM</u>	<u>PRENOM</u>	<u>DATE DE NAISSANCE</u>/...../.....	<u>CLASSE</u>
------------	---------------	---	---------------

NOM – PRENOM
DES RESPONSABLES

EN QUALITE DE

Téléphone
(Mobile si possible)

	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :/...../...../...../.....
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre :/...../...../...../.....

Numéro de Sécurité Sociale de la personne couvrant l'enfant :

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

Médecin :/...../...../...../.....

VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant

L'enfant est-il vacciné contre :

Si oui,
indiquer les dates des derniers rappels

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Diptérie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
	Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
	Poliomyélite (DT Polio / Tétracoq)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
	<u>En plus pour les enfants nés après le 1^{er} Janvier 2018</u>		
	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
	Rougeole – Oreillons – Rubéole (ROR)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
	Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
	Pneumocoque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
	Méningocoque de type C	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....
Haemophilus influenza de type B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	20.....	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant a-t'il déjà eu ou présente t'il les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme	
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cardiopathie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hémophilie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autre	_____

Conduite à tenir :

ALLERGIES

L'enfant a-t'il des allergies ?

Médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quoi ? _____
Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quoi ? _____
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, à quoi ? _____

- En cas d'allergie ou de traitement médical, un Protocole d'Accueil Individualisé (**PAI**), établi par le médecin scolaire, est obligatoire.

PAI en cours : Oui Non* (*Joindre le protocole*)

* Si non, prendre Rendez-vous auprès du directeur de l'école.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant porte t'il ...	Des lunettes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, doit-il les porter uniquement en classe ?</i> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Au besoin, prévoir un étui au nom de l'enfant
	Des prothèses auditives ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Des prothèses ou appareils dentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Votre enfant a-t-il un suivi orthophoniste en cours ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Votre enfant suit-il un traitement actuellement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, lequel ?

Je Soussigné(e) Mme, M : _____ agissant en qualité de responsable légal de l'enfant

Atteste sur l'honneur que mon enfant est à jour des vaccins obligatoires. Oui Non

Dans le cas contraire, je joins obligatoirement au présent dossier un certificat médical de contre-indication.

Déclare exact les renseignements portés sur ce document et autorise le Directeur de l'école et l'équipe enseignante, la Direction de l'ALAE et l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions médicales d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Je m'engage également à acquitter tous les frais occasionnés par ces interventions.

Fait à :

Le :

Signatures obligatoires

INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES

Renseignements au 06-31-74-07-34 ou alae.montans@gaillac-graulhet.fr

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

CLASSE : _____

FREQUENTATION

Cochez les services que votre enfant sera amené à utiliser

Transport Scolaire <i>(Une inscription auprès de la FEDERTEEP est obligatoire. Renseignements au 05 / 63 / 48 / 13 / 80)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Mercredi Midi <input type="checkbox"/> Soir
Navette du Mercredi midi vers le Centre de Loisirs <i>(Centre de Loisirs Récréabrens : 05 / 63 / 57 / 23 / 38)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, <ul style="list-style-type: none">• votre enfant devra également être inscrit auprès de Récréabrens.• Un planning de réservation des navettes vous sera remis mensuellement
ALAE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, <input type="checkbox"/> Matin (7h30 – 8h30) <input type="checkbox"/> Restauration Scolaire (12h – 13h35) <input type="checkbox"/> Soir (15h30 – 18h30)

RESTAURATION SCOLAIRE

Toute inscription à la restauration scolaire vaut inscription à l'ALAE midi

CHOIX DU CALENDRIER

GRILLE D'INSCRIPTION ANNUELLE

Votre enfant fréquentera la restauration scolaire et l'ALAE midi tous les :

LUNDI

MARDI

JEUDI

VENDREDI



Je souhaite que mon enfant mange à la restauration scolaire dès le 1^{er} jour de la rentrée

Dans le cas contraire, préciser : A partir du/...../.....

Réservé aux parents avec un planning variable

GRILLE D'INSCRIPTION A LA SEMAINE / QUINZAINE OU MENSUELLE

A titre exceptionnel, pour les parents dont la situation professionnelle est soumise à des variations de planning, une grille d'inscription variable est proposée

⇒ **OUI, je choisis l'inscription :**

A la semaine

► Je m'engage à fournir un planning d'inscription hebdomadaire **avant le mardi 12h** pour la semaine suivante

A la quinzaine

► Je m'engage à fournir un planning d'inscription à la quinzaine **9 jours à l'avance minimum**

Mensuelle

► Je m'engage à fournir un planning d'inscription à la quinzaine **9 jours à l'avance minimum**

CHOIX DU TYPE DE REPAS

Standard

Sans Porc

Sans Viande

PAI : Panier repas

FACTURATION

 **Pour bénéficier d'un tarif adapté à votre situation, vous devez justifier de vos revenus ou de votre quotient familial. A défaut, le tarif le plus élevé vous sera appliqué**

Partie réservée à la direction

QF :

<input type="checkbox"/> Vous êtes Allocataire		<input type="checkbox"/> Vous n'êtes pas Allocataire
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF	<input type="checkbox"/> Allocataire MSA	⇒ Fournir l'avis d'imposition 2020
Afin de simplifier vos démarches, autorisez-vous les services périscolaires à consulter vos données sur le site de la CAF ?		
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas communiquer ces informations et je prends note que le tarif le plus élevé me sera appliqué
Indiquez votre numéro d'Allocataire CAF <input type="text"/> <input type="text"/>		
⇒ Fournir l'attestation de Quotient Familial		
		<input type="checkbox"/> Pass MSA (Fournir le justificatif)

RAPPEL DES TARIFS

 **Les tarifs ci-dessous sont établis par délibération du Conseil Communautaire de la Communauté d'Agglomération Gaillac-Graulhet et sont susceptibles d'être modifiés.**

QUOTIENT FAMILIAL	FORFAIT JOURNEE	FORFAIT 2 PRESENCES	FORFAIT 1 PRESENCE	PRESENCE PONCTUELLE
0 – 300 €	9 €	6 €	2 €	0.50 €
301 – 600 €	11 €	8 €	3 €	0.90 €
601 – 900 €	18 €	13 €	4 €	1 €
901 – 1500 €	24 €	16 €	5 €	1.30 €
>= 1501 € Ou sans quotient	27 €	19 €	6 €	1.50 €

TARIFS UNIQUES

REPAS	NAVETTE DE BRENS LE MERCREDI MIDI
3.15 €	1.50 €

CHOIX DU FORFAIT

 **Toutes les réservations, ALAE / Restauration Scolaire, seront facturées, sauf annulation selon les modalités établies dans le règlement intérieur.**

Chaque présence en dehors du forfait choisi sera facturée en sus au tarif « Présence ponctuelle »

<input type="checkbox"/> Forfait Journée	<input type="checkbox"/> Forfait 2 présences <i>Matin/Midi ou Midi/Soir</i>	<input type="checkbox"/> Forfait 1 présence <i>Matin, Midi ou soir</i>	<input type="checkbox"/> Ponctuelle
--	--	---	-------------------------------------

Je Soussigné(e) Mme, M : _____ agissant en qualité de responsable légal de l'enfant désigné ci-dessus, demande l'inscription de mon enfant à l'ALAE tel qu'indiqué ci-dessus.

Toutes modifications devra être occasionnelle et devra être notifiée au directeur de l'ALAE par Internet selon les modalités établies dans le règlement intérieur.

Je **M'ENGAGE** à régler les sommes dues dans les délais réglementaires. (Voir modalités ci-jointe)

Fait à :

Le :

Signatures obligatoires

AUTORISATIONS

ENFANT

NOM : _____

PRENOM : _____

CLASSE : _____

DE DIFFUSION ET DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE MON ENFANT

Dans le cadre de nos projets pédagogiques, nous serons peut-être amenés à diffuser des photos ou des travaux de votre enfant. Comme la loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation, nous vous sommes reconnaissants de bien vouloir remplir le présent formulaire.

Je soussigné (e) Mme, M. _____

Représentant légale de : _____

Autorise à reproduire ou présenter les créations (*textes, dessins...*), la ou les photographies et / ou vidéos prises dans le cadre de toutes les activités et / ou sorties

- Pour la publication dans une revue, un journal (presse écrite ou télévisuelle) ou un ouvrage, sur une affiche, une plaquette ou tout autre support de publicité au nom de l'école ou de la collectivité.
- Pour diffusion sur sites Internet (*Ex : Site Internet de la Mairie, de la collectivité, journaux municipaux...*).
- Pour présentation en public lors d'une exposition, représentation sur écran dans toute manifestation scolaire, périscolaire ou culturelle (Kermesse, Salon du Livre...)
- Diffusion sur tous supports numériques ou analogiques (Courriel, cédérom...) à destination des familles des enfants, des correspondants scolaires, des personnels de l'Education Nationale...

Autorise uniquement la publication et l'utilisation de l'image de mon enfant en interne : expositions au sein de l'école, diaporama...

N'autorise pas l'Ecole / l'ALAE à reproduire ou présenter la ou les photographies et/ou vidéos prises dans le cadre d'activités et/ou sorties et représentant mon enfant

DE SORTIE PEDAGOGIQUE SUR LE TEMPS PERISCOLAIRE

Je soussigné (e) Mme, M. _____

Représentant légale de : _____

Autorise, **N'autorise pas** mon enfant à quitter la structure périscolaire, régulièrement pour tout déplacement pédagogique (*Stade, Parc, Médiathèque...*). Il sera accompagné et sous la responsabilité des animateurs.

DEPART SEUL

Je soussigné (e) Mme, M. _____

Représentant légale de : _____

Autorise, **N'autorise pas** mon enfant (*âgé obligatoirement de plus de 6 ans*) à **quitter seul l'école, la structure périscolaire** et décharge l'Ecole et la Collectivité de toute responsabilité concernant le trajet de mon enfant une fois sorti de l'enceinte scolaire.

Autorise, **N'autorise pas** mon enfant (*âgé obligatoirement de plus de 6 ans*) à **descendre seul de bus** pour rejoindre son domicile et décharge l'Ecole et la Collectivité de toute responsabilité concernant le trajet de mon enfant une fois descendu du bus.

Fait à :

Le :

Signatures obligatoires

Ajouter la mention manuscrite « Lu et approuvé – Bon pour accord »

PRECISIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les données à caractère personnel collectées dans ce dossier unique d'inscription de l'enfant le seront pour les besoins d'inscription de l'enfant, du suivi administratif des dossiers d'inscription et de l'exécution de toutes les missions afférentes aux services scolaire, périscolaire et extrascolaire. Ces informations et données sont également conservées à des fins de sécurité en interne. L'ensemble des informations collectées sont nécessaires au bon fonctionnement des services. Ainsi, elles ne seront traitées que dans la mesure où cela est nécessaire notamment pour assurer et gérer les accès à nos services, la vérification de la validité des informations nécessaires à des paiements, réaliser des études statistiques, ainsi que respecter nos obligations légales.

Les informations personnelles collectées seront conservées pendant la durée de l'inscription de l'enfant à une activité périscolaire, extrascolaire, à la restauration scolaire ou extrascolaire, à un transport scolaire.

L'accès aux données personnelles est strictement limité. Ainsi peuvent seuls, dans la limite de leurs attributions respectives, être destinataires des données traitées :

1. En ce qui concerne l'inscription et la gestion de la scolarisation des enfants :

- le Président de la communauté d'agglomération, les élus ayant reçu une délégation en ce sens et les agents en charge des affaires scolaires ou de services disposant de compétences déléguées en la matière où est scolarisé l'enfant, si celle-ci diffère de la première ;
- les directeurs d'établissement scolaire pour ce qui concerne les élèves affectés dans leur établissement ;
- l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN) 1er degré chargé de circonscription, pour ce qui concerne les seuls élèves scolarisés dans la circonscription dont il a la charge ;
- le recteur d'académie ou le directeur académique des services de l'éducation nationale (DASEN) agissant sur délégation du recteur ;
- le président du conseil départemental ou les agents disposant de compétences déléguées en la matière, dans le seul cadre de sa mission d'organisation des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle,

2. En ce qui concerne le contrôle de l'obligation scolaire :

- les élus de l'institution ;
- les délégués départementaux de l'éducation nationale ;
- les assistants de service social ;
- les membres de l'enseignement ;
- les agents de l'autorité compétente de l'État en matière d'éducation ;
- l'inspecteur d'académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale ou son délégué ;

3. En ce qui concerne l'inscription et la gestion des services autres que la scolarisation :

- les agents du service, dans la limite de leurs attributions respectives ;
- les personnels des prestataires de services ou associations auxquels le Président de la communauté d'agglomération peut faire appel pour organiser et gérer ces services ;
- spécifiquement pour les services d'accueil de la petite enfance, les personnels de direction de ces structures et les professionnels de santé attachés à l'établissement, pour ce qui concerne l'état vaccinal et les données de santé relatifs à l'enfant ;

4. En ce qui concerne la facturation des différents services payants :

- les personnels des organismes concernés chargés des opérations administratives et comptables ;
- les services du comptable public ou des établissements bancaires financiers ou postaux concernés par les opérations de mise en recouvrement ;
- les services de l'Etat habilités à exercer un contrôle en la matière ;
- les officiers publics ou ministériels ;

5. Également, les caisses d'allocations familiales (CAF) et la CNAF, à des seules fins statistiques ou de recherche scientifique

Il est rappelé que, dans le cadre de l'exécution de leurs missions, les tiers n'ont qu'un accès limité aux données et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation applicable en matière de protection des données personnelles. En dehors des cas énoncés ci-dessus, les services s'engagent à ne pas vendre, louer, céder ou donner accès à des tiers aux données.

Ces données, à caractère personnel, ne sont transmises à aucun autre destinataire que ceux précédemment cités.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant : sylvie.bellinger@ted.fr

En cas de difficulté en lien avec la gestion de ses données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles de la communauté d'agglomération Gaillac-Graulhet à dpo@ted.fr.

Cela peut être fait également auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ou de toute autre autorité compétente.