



DOCUMENT UNIQUE INSCRIPTION SCOLAIRE - PÉRI/EXTRASCOLAIRE - LOCAL JEUNES MAIRIE DE BIDART

ANNÉE SCOLAIRE :

*Pour éviter toute erreur de transmission merci de remplir en **LETTRES MAJUSCULES**.*

Nom de l'enfant : Prénom :

Fille :

Garçon :

Date et lieu de naissance :

Classe prévue pour l'année scolaire d'inscription :

Nom de l'école précédente :

Choix de l'enseignement : Français :

Basque :

N° d'allocataire CAF

Représentant 1 :

Nom-prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Tél. portable :/...../...../...../.....

Tél domicile :/...../...../...../.....

E-mail :

Profession :

Employeur :

Ville :

Tél travail :/...../...../...../.....

Représentant 2 :

Nom-prénom :

Adresse :

.....

.....

.....

Tél. portable :/...../...../...../.....

Tél domicile :/...../...../...../.....

E-mail :

Profession :

Employeur :

Ville :

Tél travail :/...../...../...../.....

RENSEIGNEMENTS SUR LA SITUATION FAMILIALE :

État civil des Parents : Mariés Pacsés Célibataires Veufs

Séparés ou divorcés : OUI NON

Si OUI :

1) Résidence principale de l'enfant :

Représentant 1 Représentant 2 Garde alternée *

2) Autorité parentale :

Représentant 1 Représentant 2 Conjointe

3) Enfant placé suite à une décision du juge :

Oui Nom de la famille d'accueil:.....

Garde alternée *

Fournir un planning annuel

FRÈRES ET SŒURS

| Nom | Prénom | Date de Naissance | Scolarisé (es) | | Lieu de scolarisation |
|-----|--------|-------------------|----------------|-----|-----------------------|
| | | | Oui | Non | |
| | | | Oui | Non | |
| | | | Oui | Non | |
| | | | Oui | Non | |

OBSERVATIONS MÉDICALES ET/OU PARTICULIÈRES

1) Votre enfant doit-il suivre un traitement médical régulier :

OUI NON

Si OUI , *Merci de joindre un certificat médical.*

2) Votre enfant est-il sujet à des allergies ? : merci de joindre le Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) à renouveler chaque année

Alimentaires Asthme Médicamenteuses

Autres (préciser) :

3) Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ? OUI NON

Si oui, nous fournir l'attestation AEEH

Renseignements complémentaires importants, correspondant à la situation de votre enfant :

.....
.....
.....

4) En cas d'hospitalisation :

En cas d'urgence, un enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital approprié. La famille est immédiatement prévenue par nos soins

Indiquer le N° de Sécurité Sociale du responsable de l'enfant :

Nom de son médecin traitant et N° de téléphone :

.....

RESTAURATION SCOLAIRE

Votre enfant a-t-il un régime particulier :

Sans viande Sans porc Végétarien

En cas de régime particulier, un repas végétarien vous sera proposé.

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) Mme/Mr

Autorise

N'autorise pas

les services éducation, péri-extrascolaire et local jeunes à utiliser et à diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit, l'image de mon (mes) enfant(s) susmentionné(s)

- ✓ Le site Internet de la commune www.bidart.fr et ses réseaux sociaux
- ✓ Le Bidart Info
- ✓ Le bulletin info parents
- ✓ Le guide de la rentrée
- ✓ Le Sud-Ouest
- ✓ Film interne (montage vidéo)
- ✓ La Chaîne You Tube

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER MON ENFANT

L'enfant sera confié à la personne désignée sur présentation d'une pièce d'identité (14 ans minimum).

A prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

1) **Nom-Prénom** :

2) **Nom-Prénom** :

.....

.....

Parenté :

Parenté :

Lieu de domicile :

Lieu domicile :

Tél :/...../...../...../.....

Tél :/...../...../...../.....

Autorisé à venir chercher l'enfant :

1) **Nom-Prénom** :

2) **Nom-Prénom** :

.....

.....

Parenté :

Parenté :

Lieu domicile :

Lieu domicile :

Tél :/...../...../...../.....

Tél :/...../...../...../.....

3) **Nom-Prénom** :

4) **Nom-Prénom** :

.....

.....

Parenté :

Parenté :

Lieu domicile :

Lieu domicile :

Tél :/...../...../...../.....

Tél :/...../...../...../.....

5) **Nom-Prénom** :

6) **Nom-Prénom** :

.....

.....

Parenté :

Parenté :

Lieu domicile :

Lieu domicile :

Tél :/...../...../...../.....

Tél :/...../...../...../.....

Coordonnées du Mineur :

Nom-Prénom :

Mail :@

Tél :/...../...../...../.....

Établissement scolaire fréquenté :

Je Soussigné(e), (responsable du jeune), confirme choisir :

La modalité d'Accueil* N°

Heures de départ matin :(uniquement pour la modalité d'Accueil N°2)

Heures de départ après le repas :(uniquement pour la modalité d'Accueil N°2)

Heures de départ après-midi :(uniquement pour la modalité d'Accueil N°2)

Heures de départ après la veillée :(uniquement pour la modalité d'Accueil N°2) *réservé aux 14-17 ans*

DÉCLARATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e), père, mère, tuteur / responsable légal du mineur.....
....., déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable des services de la collectivité à prendre le cas échéant, toutes mesures (hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires à l'état du mineur

- ✓ J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'Accueil de Loisirs/Local Jeunes, en Bus et Minibus, si le cas se présente
- ✓ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs/Local Jeunes
- ✓ Je m'engage à faire enregistrer l'arrivée et le départ de mon enfant à l'Accueil de Loisirs
- ✓ J'autorise les structures à conserver mes données personnelles dans mon dossier
- ✓ J'autorise les services à récupérer mon enfant à l'hôpital

PAIEMENT

Nom du payeur :

Pour les gardes alternées, merci de vous rapprocher du service régie si plusieurs payeurs.

Possibilités de paiement :

- ✓ Prélèvement automatique (fournir RIB et compléter le formulaire de prélèvement fourni par le régisseur)
- ✓ Par carte bancaire via l'Espace Famille
- ✓ Chèque, espèces, CESU

PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR VALIDER LES INSCRIPTIONS

Pour le scolaire

- ✓ Certificat médical ci-joint à faire valider par votre médecin
- ✓ Livret de famille (parents + enfants) ou copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant
- ✓ Justificatifs de domicile de moins de 3 ans
- ✓ **Pour les familles séparées** : calendrier des gardes alternées, copie du dernier jugement de divorce ou d'ordonnance provisoire du juge mentionnant la résidence habituelle de l'enfant, ou attestation sur l'honneur du 2ème parent accordant tout pouvoir
- ✓ **Si vous ne résidez pas à Bidart** : fournir une dérogation scolaire établie par la Mairie de votre résidence, ainsi que le certificat de radiation à demander à la direction de son ancienne école

Pour l'accueil de Loisirs et le Local Jeunes

- ✓ Certificat médical attestant que l'enfant a satisfait aux obligations vaccinales (sauf si votre enfant est ou a été scolarisé sur le groupe scolaire Jean Jaccachoury)
- ✓ Attestation CAF **du mois de Janvier**
- ✓ Notification(s) **A**ide aux **V**acances **E**nfant
- ✓ Attestation d'assurance scolaire/ extrascolaire ou en responsabilité civile (à renouveler chaque année)

CONSENTEMENT

✓ J'ai pris connaissance du règlement intérieur des services péri et extrascolaires et /ou Local Jeunes, et je m'engage à les respecter

Signatures des deux responsables (obligatoire pour l'inscription scolaire)

CERTIFICAT DE VACCINATION

Je soussigné Docteur _____

certifie que l'enfant _____ âgé de _____ ans et _____ mois

satisfait aux obligations vaccinales.

Certificat établi pour les inscriptions scolaires et péri-extra scolaires.

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Cachet et signature du Médecin



À CONSERVER PRÉCIEUSEMENT

Il reste valable jusqu'aux âges clés des obligations vaccinales (6 ans, puis 11 ans)