

FICHE D'INSCRIPTION

2025-2026

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Naissance :	
A :	
Email :	
Tel :	

* A fournir si manquant.

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Num :

RESPONSABLE LEGAL	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Catégorie socio-professionnelle :	Catégorie socio-professionnelle :
Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)	Situation familiale : Célibataire / Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Union libre / Pacs (Précisez)
Date de naissance :	Date de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél. :	Tél. :
Portable :	Portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :



POUR BENEFICIER D'UN TARIF ADAPTE A VOTRE SITUATION, VOUS DEVEZ JUSTIFIER DE VOS REVENUS OU DE VOTRE QUOTIENT FAMILIAL

☐ Vous êtes allocataire		☐ Vous n'êtes pas allocataire
☐ Allocataire CAF	☐ Allocataire MSA	
Afin de simplifier vos démarches, autorisez-vous le service enfance du SIVU Arthès/Lescure à consulter vos données sur le site de la CAF ?		➔ Fournir l'avis d'imposition 2024
☐ Oui	☐ Non	
Indiquez votre N° Allocataire CAF : 	➔ Fournir l'attestation de quotient familial	
	☐ Pass MSA (fournir le justificatif)	

Cadre réservé à l'administration

Quotient :

Pour les parents séparés :

Bénéficiez-vous d'une garde alternée oui ☐ non ☐ ➔ Fournir le jugement de divorce ou la dernière décision de justice

Si oui ➔ Compléter la partie ci-dessous :

Vous êtes : ☐ la mère ☐ le père

Votre garde : ☐ Semaine paire ☐ Semaine impaire ☐ autre ➔ Précisez :

Le cas échéant souhaitez-vous la mise en place d'une facturation séparée ☐ oui ☐ non Si oui ➔ Chaque parent doit faire son propre dossier

A défaut le tarif le plus élevé vous sera appliqué

MODE DE REGLEMENT DES FACTURES ALAE/ALSH

SOUHAITEZ-VOUS REGLER VOS FACTURES PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

ALAE/ALSH

oui ☐ non ☐

Si oui complétez la partie ci-dessous :

- ☐ Reconduction du prélèvement automatique sans changement des coordonnées bancaires
- ☐ Reconduction du prélèvement automatique avec changement des coordonnées bancaires ➔ Fournir un RIB
- ☐ 1ère demande de prélèvement automatique ➔ Fournir un RIB et se rendre à la mairie de Lescure pour signer le formulaire SEPA **avant le 01 septembre 2025**

Ou : ☐ Je me réserve le choix du mode de paiement, soit règlement espèces ou chèque à l'ordre du trésor public auprès du secrétariat de l'ALAE/ALSH ; soit le paiement en ligne (je demande obligatoirement auprès du secrétariat de l'ALAE/ALSH , l'accès au portail famille) :

PERSONNES A CONTACTER			
Contacts existants			

Nouveaux contacts			
Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

Contact		Contact	
Nom :		Nom :	
Prénom :		Prénom :	
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)		Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	
Tél. :		Tél. :	
Portable :		Portable :	
Appel en cas d'urgence :	OUI / NON	Appel en cas d'urgence :	OUI / NON
Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON	Autorisé à récupérer l'enfant :	OUI / NON

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON

Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON

Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ?	OUI / NON

Données complémentaires

Informations médicales		
Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

Pratiques alimentaires

Vaccin	Fait le	Date rappel
Covid		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPh)		
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus, Hépatite B		
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)		
Grippe		
Haemophilus influenzae b		
Hépatite A		
Hépatite B		
Méningocoque B		
Méningocoque C		
Papillomavirus humains		
Pneumocoque		
Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR)		
Tuberculose (BCG)		
Varicelle		
Autre		

[illegible]

Contre-indication	Date de début	Date de fin	Observation

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

responsables légaux de l'enfant (*)

- certifions avoir pris connaissance du règlement intérieur et des tarifs des structures, consultables en ligne sur le site <http://www.sivu-arthés-lescuré.fr> ou sur le site de la commune.
 - nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toute modification concernant cette fiche,
 - certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels,
 - autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance au tiers lésé sur sa demande,
 - attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés par ce formulaire.
 - En soumettant ce formulaire, j'accepte que les informations saisies soient exploitées pour les finalités listées ci-après :
 Les informations portées sur ce formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'inscription de votre enfant à toutes fins de bénéficier des services de restauration scolaire de la commune, de l'ALAE et de l'ALSH du SIVU ARTHES-LESCURE.
 Les destinataires des données sont exclusivement le personnel habilité au traitement logistique des repas et du service enfance et jeunesse.

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

* A remplir obligatoirement