

ACTUALISATION

DES DONNÉES DU

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS

POUR

L'ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018

DATE LIMITE DE DÉPÔT DES DOSSIERS :

Le 16 JUIN 2017

En cas de déménagement, prévenir la mairie

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Responsables légaux

PÈRE

Nom

Prénom Nationalité Date de naissance / /

Adresse complète

Code postal Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile Adresse e-mail

Situation professionnelle

Profession Employeur

Adresse complète

Code postal Ville..... Téléphone direct

Téléphone standard N° de poste

Horaires de travail.....

MÈRE

Nom Nom de jeune fille

Prénom Nationalité Date de naissance / /

Adresse complète

Code postal Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile Adresse e-mail

Situation professionnelle

Profession Employeur

Adresse complète

Code postal Ville..... Téléphone direct

Téléphone standard N° de poste

Horaires de travail.....

Situation de la famille

Marié(e) Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

En instance de divorce

Nombre d'enfants à charge du foyer fiscal

PERSONNES A PRÉVENIR (CONTACT)

Dans le cas où les responsables légaux ne peuvent être joints, merci de nous communiquer les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence et / ou autorisées à prendre l'enfant en charge.

OBLIGATION de noter une personne minimum

1^{ère} PERSONNE

Nom Prénom

A contacter Autorisée à prendre en charge A contacter et autorisée

Lien de parenté.....

Adresse complète

Code postal Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile

2^{ème} PERSONNE

Nom Prénom

A contacter Autorisée à prendre en charge A contacter et autorisée

Lien de parenté.....

Adresse complète

Code postal Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile

3^{ème} PERSONNE

Nom Prénom

A contacter Autorisée à prendre en charge A contacter et autorisée

Lien de parenté.....

Adresse complète

Code postal Ville..... Téléphone domicile.....

Téléphone mobile

FICHE D'AUTORISATIONS

Nom de la famille.....

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

La Mairie d'Aussonne se réserve le droit de vous demander de **produire les originaux des copies** fournies lors d'une inscription ou d'une mise à jour.

« Conformément à l'article 34 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir communication et le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en vous adressant auprès d'une des directions concernées ».

C.D.A.P

La Mairie d'Aussonne et la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne ont signé une convention de service pour la consultation des revenus enregistrés dans la base allocataire. Propriété de la CAF, par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé C.D.A.P, nous n'avons accès qu'à votre quotient familial.

Autorisez-vous la Mairie à consulter votre Quotient Familial par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé C.D.A.P : oui non

Si oui **N° ALLOCATAIRE CAF** :

Si réponse négative, pour bénéficier d'un tarif adapté à vos revenus et à votre situation familiale, vous devez impérativement fournir :

- La copie de l'attestation de paiement de moins de 3 mois délivrée par la Caisse d'Allocations Familiales avec quotient familial.
- Le ou les avis d'imposition du ou des foyers 2017 sur les revenus 2016. (Si vous n'êtes pas en possession de ce dernier document au moment du dépôt du DUI, merci de le faire parvenir dès réception)

Votre participation financière est calculée en fonction de vos revenus. En l'absence de justificatifs dans les délais impartis, le tarif le plus haut sera automatiquement appliqué jusqu'à la présentation de l'ensemble des pièces sans effet rétroactif, conformément à la réglementation en vigueur.

DROIT À L'IMAGE

La ville effectue régulièrement des reportages photos dans le cadre des activités organisées par ses services pour diffusion sur ses supports officiels de communication

Autorisez-vous les services de la ville d'Aussonne à utiliser les photos de votre enfant ou de vos enfants, dans le cadre et les limites susvisés ?

oui non

A.L.A.E / A.L.S.H

Autorisez-vous les services de la ville d'AUSSONNE :

A maquiller le visage de votre ou de vos enfants oui non

A utiliser des lingettes sur le visage de votre ou vos enfants oui non

FACTURE DEMATERIALISEE

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant(des enfants).....

Souhaite avoir accès à la facture dématérialisée.

Je souhaite être prévenu(e) de la mise en ligne de ma facture sur l'adresse mail ci-dessous :

.....@.....

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et atteste de l'exactitude des informations figurant dans le présent dossier.

Fait à Aussonne, le Signature :

FONCTIONNEMENT

1°) Restauration scolaire

Les inscriptions à la cantine doivent être réalisées uniquement auprès du régisseur de la commune d'Aussonne. Toutes les annulations ou les inscriptions (pour la semaine) devront être réalisées le vendredi précédent la semaine concernée, avant 10h00 dernier délai.

En cas d'absence de votre enfant ne pouvant être annulée, vous pourrez récupérer le repas à 12h00, à la porte de l'ALAE.

Pour cela, il faudra en avoir fait préalablement la demande aux co-responsables de l'Accueil de Loisirs avant 10h (le même jour).

CONTACT : MURIEL : 05-62-13-48-50 ou e-mail : muriel.icart@aussonne.fr

J'autorise la commune d'Aussonne à commander systématiquement les repas cantine pour mon enfant :

- Pour les jours scolaires de l'année 2017/2018 selon l'agenda disponible dans la rubrique Inscription.

2°) A.L.A.E., A.L.S.H., CLAP'S ET CRECHES

Confère règlement intérieur de chaque structure.

FACTURATION

✚ Période d'encaissement :

A terme échu la première semaine de chaque mois.

✚ Moyens de paiement :

- En mairie :
 - Chèque
 - Espèce
 - CB
 - CESU (les titres de CESU sont acceptés uniquement pour la garde de l'enfant jusqu'à ses 6 ans révolus (ALAE, ALSH et crèche)).
- En ligne : sur le site Internet de la Mairie www.aussonne.fr. Cliquer sur « Accéder aux services en ligne » et renseigner votre identifiant et mot de passe. Pour connaître ces derniers, cliquer sur « Comment trouver mon identifiant et mon mot de passe ? »

✚ Date limite de paiement :

Les factures mensuelles doivent impérativement être réglées à la date mentionnée sur celle-ci. Aucun rappel ne sera envoyé. Au-delà de ce délai, le recouvrement de la facture sera confié à la Trésorerie de Blagnac et ceux chaque mois.

Date Signature :

INSCRIPTIONS

1^{er} ENFANT :

Nom Prénom Date de naissance / /

Ecole : Jules Ferry Louise Michel

Classe :

RESTAURATION SCOLAIRE

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun Mar Mer Jeu Ven
- A la demande (si vous ne pouvez déterminer les jours exacts)

Régime Alimentaire : Sans porc Sans viande

INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)

Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui Non

Sortir seul après la classe : Oui Non

INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après-midi

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY : 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

BUS

Oui Non

Si oui, quels jours :

LUN matin soir , MAR matin soir , MER matin midi , JEU matin soir , VEN matin soir

2^{ème} ENFANT :

Nom Prénom Date de naissance / /

Ecole : Jules Ferry Louise Michel

Classe :

RESTAURATION SCOLAIRE

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun Mar Mer Jeu Ven
- A la demande (si vous ne pouvez déterminer les jours exacts)

Régime Alimentaire : Sans porc Sans viande

INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)

Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui Non

Sortir seul après la classe : Oui Non

INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après-midi

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY : 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

BUS

Oui Non

Si oui, quels jours :

LUN matin soir , MAR matin soir , MER matin midi , JEU matin soir , VEN matin soir

3^{ème} ENFANT :

Nom Prénom..... Date de naissance / /

Ecole : Jules Ferry Louise Michel

Classe :

RESTAURATION SCOLAIRE

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun Mar Mer Jeu Ven

- A la demande (si vous ne pouvez déterminer les jours exacts)

Régime Alimentaire : Sans porc Sans viande

INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)

Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui Non

Sortir seul après la classe : Oui Non

INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après-midi

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY: 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

BUS

Oui Non

Si oui, quels jours :

LUN matin soir , MAR matin soir , MER matin midi , JEU matin soir , VEN matin soir

4^{ème} ENFANT :

Nom Prénom Date de naissance / /

Ecole : Jules Ferry Louise Michel

Classe :

RESTAURATION SCOLAIRE

Veuillez cocher S.V.P les jours où votre enfant prendra le repas au restaurant scolaire pour l'année 2017/2018 :

- Lun Mar Mer Jeu Ven
- A la demande (*si vous ne pouvez déterminer les jours exacts*)

Régime Alimentaire : Sans porc Sans viande

INSCRIPTION A.L.A.E (Accueil de Loisirs Associé à 'Ecole)

Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALAE: Oui Non

Sortir seul pendant les temps d'accueil ALSH: Oui Non

Sortir seul après la classe : Oui Non

INSCRIPTION A.L.A.E mercredi après-midi

Les inscriptions pour le 1er trimestre des mercredis après-midi commenceront le 19 juin 2017. Inscription par téléphone auprès des responsables de chaque structure :

JULES FERRY : 05-61-06-15-87

LOUISE MICHEL : 05-62-13-48-53

BUS

Oui Non

Si oui, quels jours :

LUN matin soir , MAR matin soir , MER matin midi , JEU matin soir , VEN matin soir

MÉDECIN TRAITANT

NomPrénom

Téléphone

Adresse complète

Code postalVille

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

- La photocopie des vaccins pour chaque enfant
- L'assurance responsabilité civile pour chaque enfant année scolaire 2017/2018
- L'attestation de paiement CAF avec le quotient Familial
- L'avis d'imposition 2017 sur les revenus 2016 (dès réception de celui-ci courant septembre n'attendez pas de recevoir votre avis pour déposer le dossier)
- *En cas de séparation ou de divorce* : Photocopie de l'extrait de jugement relatif à l'exercice de l'autorité parentale.
- Règlements intérieurs A.L.S.H et A.L.A.E signés
- Remplir la FICHE SANITAIRE pour chaque enfant (ci-joint)

Nous vous rappelons que tout changement de situation familiale ou professionnelle peut entraîner une modification de votre Quotient Familial ; il vous appartient d'en informer votre Caisse d'Allocations Familiales ainsi que la mairie.



En cas de garde partagée, **les deux parents** devront signer conjointement le DUI et les règlements intérieurs de l'ALAE et de l'ALSH.

Date et Signature des parents :

FICHE SANITAIRE ENFANT

Nom _____ Prénom (s) _____
 Sexe : M F Date de naissance : _____

Vaccinations et dates

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour)

PENTAVALENT (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) _____ Rappels _____
 HEXAVALENT (diphtérie, tétanos, polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) _____
 BCG _____ Tests BCG _____
 Autres _____

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui - date de validité _____
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) : Oui - date de validité _____
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) _____

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ? Oui - Lequel : _____
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical Oui - Lequel : _____
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :
 Oui - laquelle : _____
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

Précautions à prendre pour certaines activités sportives

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) _____

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) _____

Médecin traitant

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Je, soussigné(e) _____

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant _____

_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant.

Date _____ Signature :

FICHE SANITAIRE ENFANT

Nom _____ Prénom (s) _____
Sexe : M F Date de naissance : _____

Vaccinations et dates

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour)

PENTAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) _____ Rappels _____

HEXAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) _____

BCG _____ Tests BCG _____

Autres _____

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui - date de validité _____
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) : Oui - date de validité _____
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) _____

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ? Oui - Lequel : _____
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical Oui - Lequel : _____
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :
 Oui - laquelle : _____
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

Précautions à prendre pour certaines activités sportives

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) _____

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) _____

Médecin traitant

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Je, soussigné(e) _____

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant _____

_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant.

Date _____ Signature :

Nom _____ Prénom (s) _____
 Sexe : M F Date de naissance : _____

Vaccinations et dates

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour)

PENTAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) _____ Rappels _____
 HEXAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) _____
 BCG _____ Tests BCG _____
 Autres _____

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui - date de validité _____
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) : Oui - date de validité _____
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) _____

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ? Oui - Lequel : _____
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical Oui - Lequel : _____
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :
 Oui - laquelle : _____
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

Précautions à prendre pour certaines activités sportives

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) _____

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) _____

Médecin traitant

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Je, soussigné(e) _____

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant _____

_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant.

Date _____ Signature :

Nom _____ Prénom (s) _____
 Sexe : M F Date de naissance : _____

Vaccinations et dates

(à renseigner à partir du carnet de santé ou joindre les photocopies des pages correspondantes ou certificat attestant que les vaccinations obligatoires en collectivité sont à jour)

PENTAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae) _____ Rappels _____

HEXAVALENT (diphtérie,tétanos,polio, coqueluche, hemophilus, influenzae, hépatite B) _____

BCG _____ Tests BCG _____

Autres _____

N.B : si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui - date de validité _____
 Non

Projet d'Education et d'Intégration Individualisée (PEII) : Oui - date de validité _____
 Non

Maladies chroniques : Asthme, convulsions, diabète, autres (précisez) _____

Réactions allergiques : Médicaments, aliments, autres (précisez) _____

L'enfant suit-il un régime alimentaire (sur prescription médicale) ? Oui - Lequel : _____
 Non

L'enfant suit-il un traitement médical Oui - Lequel : _____
 Non

Autres difficultés de santé : maladie, accident, hospitalisation, opérations (précisez en indiquant la date)

L'enfant est-il suivi dans le cadre d'une consultation ou d'une école spécialisée ? :
 Oui - laquelle : _____
 Non

N.B aucun médicament ne pourra être donné à l'enfant sans l'ordonnance de prescription

Précautions à prendre pour certaines activités sportives

Appareillages : port de lunettes, lentilles de contact, appareil dentaire, autres (précisez) _____

Antécédents particuliers : fractures, entorses, autres (précisez) _____

Médecin traitant

Nom _____ Téléphone _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Je, soussigné(e) _____

responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant _____

_____ déclare exacts les renseignements portés sur cette
fiche et autorise les responsables de structures municipales à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par
l'état de l'enfant.

Date _____ Signature :