





DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS

Préalable à toute inscription à une activité municipale

Le Dossier Unique d'Inscriptions **D.U.I** vous permet de fournir à la Mairie, **en une seule fois**, l'ensemble des pièces requises, pour votre enfant, en vue d'une inscription à toutes les activités municipales auprès du service organisateur :

-  Crèche
-  CLAE (Centre de Loisirs Associé à l'Ecole)
-  Restauration scolaire
-  Accueil de loisirs (CLSH), séjours de vacances.

Liste des documents à fournir : voir au verso

Dossier à retourner avec l'ensemble de ces documents :

MAIRIE D'AUSSONNE
Dossier Unique d'Inscriptions
Place de l'hôtel de ville
31840 AUSSONNE

Tout dossier incomplet ne pourra être traité et vous sera renvoyé.

INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

Responsable 1

Père ou Mère ou Autre _____

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____ Nationalité _____ Date de naissance _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone mobile _____

Adresse e-mail _____

Situation de famille

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

En instance de divorce Nombre d'enfants à charge du foyer fiscal _____

Situation professionnelle

Profession _____ Employeur _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone direct _____ Téléphone standard _____ N° de poste _____

Horaires de travail _____

Responsable 2

Père ou Mère ou Autre _____

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____ Nationalité _____ Date de naissance _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone mobile _____

Adresse e-mail _____

Situation de famille

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

En instance de divorce Nombre d'enfants à charge du foyer fiscal _____

Situation professionnelle

Profession _____ Employeur _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone direct _____ Téléphone standard _____ N° de poste _____

Horaires de travail _____

Responsable 3

Père ou Mère ou Autre _____

Madame Mademoiselle Monsieur

Nom _____ Nom de jeune fille _____

Prénom _____ Nationalité _____ Date de naissance _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone mobile _____

Adresse e-mail _____

Situation de famille

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

En instance de divorce Nombre d'enfants à charge du foyer fiscal _____

Situation professionnelle

Profession _____ Employeur _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone direct _____ Téléphone standard _____ N° de poste _____

Horaires de travail _____

1^{er} enfant

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Nationalité _____ Sexe : M F
Etablissement scolaire _____ Classe _____
Structure multi accueil CLAE/CLSH maternel CLAE/CLSH primaire
CLAP'S

2^{ème} enfant

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Nationalité _____ Sexe : M F
Etablissement scolaire _____ Classe _____
Structure multi accueil CLAE/CLSH maternel CLAE/CLSH primaire
CLAP'S

3^{ème} enfant

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Nationalité _____ Sexe : M F
Etablissement scolaire _____ Classe _____
Structure multi accueil CLAE/CLSH maternel CLAE/CLSH primaire
CLAP'S

4^{ème} enfant

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Nationalité _____ Sexe : M F
Etablissement scolaire _____ Classe _____
Structure multi accueil CLAE/CLSH maternel CLAE/CLSH primaire
CLAP'S

Date -----

Signature(s) du (ou des) responsable(s)

PERSONNES A PREVENIR

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

1^{ère} personne

Nom _____ Prénom _____

A contacter Autorisée A contacter et autorisée

Lien de parenté _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone travail _____

Téléphone mobile _____

2^{ème} personne

Nom _____ Prénom _____

A contacter Autorisée A contacter et autorisée

Lien de parenté _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone travail _____

Téléphone mobile _____

3^{ème} personne

Nom _____ Prénom _____

A contacter Autorisée A contacter et autorisée

Lien de parenté _____

Adresse complète _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ Téléphone travail _____

Téléphone mobile _____

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTIONS

FICHE D'AUTORISATIONS

N° Identifiant famille _____ 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 ».

CAFPRO

- * 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 CAFPRO
- * **Autorisez-vous la Mairie à consulter les revenus que vous avez à la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne ?** oui non

(Si réponse négative, pour bénéficier d'un tarif adapté à vos revenus et à votre situation familiale, la production de justificatifs vous sera demandée).

Joindre copie de l'attestation de paiement de moins de 3 mois délivrée par la Caisse d'Allocations Familiales

Droit à l'image

- * La ville effectue régulièrement des reportages photos dans le cadre des activités organisées par ses services pour diffusion sur les 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

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 :

LISTE DES DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DOSSIER

OBLIGATOIRE

Dans tous les cas

1. Justificatif de domicile (taxe d'habitation, EDF, téléphone, quittance de loyer...) **de moins de 3 mois**
2. Photocopie carnet de vaccinations
3. Assurance (photocopie)
 - **Pour chacun de vos enfants**, assurance extra-scolaire (*année scolaire en cours*) ou responsabilité civile des parents
4. Attestation de paiement de moins de 3 mois délivrée par la CAF

Pour chacun de vos enfants

5. Photocopie du livret de famille (*ou de l'acte de naissance avec filiation ou de l'acte d'adoption simple*).
6. Attestation carte vitale (*en cours de validité*) de la personne couvrant votre enfant ou carte de santé (CMU)
7. Fiche sanitaire **jointe** dûment complétée, datée et signée.

Selon votre situation familiale

8. *En cas de séparation ou de divorce* : Photocopie de l'extrait de jugement relatif à l'exercice de l'autorité parentale.

Pièces supplémentaires en fonction de l'activité envisagée

Selon l'évolution de la réglementation et des activités proposées, d'autres attestations ou certificats médicaux pourront vous être demandés ultérieurement.

NECESSAIRE

Pour bénéficier d'un tarif réduit, si votre situation le permet.

Votre participation financière est calculée en fonction de vos revenus.

En l'absence de justificatifs dans les délais impartis, le tarif normal sera automatiquement appliqué jusqu'à la présentation de l'ensemble des pièces sans effet rétroactif, **conformément à la réglementation en vigueur.**

CAFPRO

La Mairie d'Aussonne et la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne ont signé une convention de service pour la consultation des informations enregistrées dans la base allocataire, propriété de la CAF, par l'intermédiaire du service télématique sécurisé dénommé CAFPRO.

Si vous avez autorisé la mairie (cf : fiche d'autorisations) à consulter les revenus que vous avez déclarés à la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne, vous n'avez pas à produire de justificatif de revenus ; un agent municipal dûment habilité consultera directement vos revenus par l'intermédiaire du service CAFPRO.

Dans la négative, veuillez joindre les pièces suivantes : **9 et 10**

9. Dernier avis d'imposition ou de non-imposition recto- verso **de la famille au complet**

En cas de changement de situation professionnelle récent : fournir les 3 derniers bulletins de salaire ou notification des droits ASSEDIC

10. *En cas de séparation ou de divorce* : Photocopie de l'extrait de jugement relatif au montant de la pension alimentaire.

L'école fréquentée par votre enfant peut vous demander des documents identiques. Ceci est normal car les activités scolaires relèvent de l'Education Nationale et non de la Mairie d'Aussonne.

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)

DT Polio _____ Rappels _____

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 _____

Restauration scolaire

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

- Pour les jours scolaires année 2010/2011 (lundi, mardi, mercredi, jeudi, vendredi)
- A la demande (indiquer les jours) _____

☞ Période d'encaissement

A terme échu la première semaine de chaque mois.

En cas d'absence des enfants (maladie ou autre), les parents **devront téléphoner à la Mairie dès le premier jour de maladie ou autre la veille avant 11h30 du matin**, heure à laquelle est passée la commande des repas du lendemain. Le premier jour d'absence, le repas ayant été commandé la veille, restera dû. Toute absence non signalée à la Régie sera facturée.

CONTACT : MURIEL ou ANGELIQUE 05-62-13-48-50

Je soussigné(e) _____ responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement 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

PHOTO

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)

DT Polio _____ Rappels _____
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 _____

Restauration scolaire

Inscriptions

- Pour les jours scolaires année 2010/2011 (lundi, mardi, jeudi, vendredi)
- A la demande (indiquer les jours) _____

Période d'encaissement

A terme échu la première semaine de chaque mois.

En cas d'absence des enfants (maladie ou autre), les parents **devront téléphoner à la Mairie dès le premier jour de maladie ou autre la veille avant 11h30 du matin**, heure à laquelle est passée la commande des repas du lendemain. Le premier jour d'absence, le repas ayant été commandé la veille, restera dû. Toute absence non signalée à la Régie sera facturée.

CONTACT : MURIEL ou ANGELIQUE 05-62-13-48-50

Je soussigné(e) _____ responsable légal, titulaire de l'autorité parentale, de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date _____

Signature :