



## 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

La municipalité propose en plus du menu traditionnel, un repas végétarien ;

### Votre enfant a-t-il un régime particulier :

Sans viande  Sans porc  Végétarien

*Dans les deux premiers cas un repas végétarien sera proposé.*

## DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) Mme/Mr .....

Autorise

N'autorise pas

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

- ✓ Le site Internet de la commune [www.bidart.fr](http://www.bidart.fr) , et ses réseaux sociaux
- ✓ Le Bidart Info,
- ✓ Le bulletin info parents,
- ✓ Le guide de la rentrée,
- ✓ Instagram , X
- ✓ Le Sud Ouest.
- ✓ Film interne (montage vidéo)

## PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER MON ENFANT

*L'enfant sera confié à la personne désignée sur présentation d'une pièce d'identité.*

*(S'il s'agit d'un mineur, il devra avoir minimum 14 ans, et dans ce cas il devra fournir une autorisation écrite en plus)*

### 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 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)

**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, intervention 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

**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 internet (espace famille)
- ✓ Chèque, espèces, CESU (Uniquement pour le péri et extra scolaire)

**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 mois.
- ✓ 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 2<sup>ème</sup> parents 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**

- ✓ Attestation CAF (mois de référence **Janvier**)
- ✓ Notification (s) **Aide Vacances** **Enfant** ou **Aide aux Temps Libres**
- ✓ Attestation d'assurance scolaire/ extrascolaire ou en responsabilité civile (A 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)*