

Inscription scolaire

Niveau de l'enfant à la rentrée (ex : petite section, CP, CE1...) :

Pour les enfants entrant en TPS/PS, préciser le mode d'accueil précédent :

collectif
(crèche, halte-garderie)

individuel
(ass.maternelle, babysitter...)

familial

Etat civil de l'enfant

Nom : Prénom : Sexe : F M

Né(e) le : Lieu de naissance :
(commune + département)

Adresse de l'enfant :

Responsables légaux de l'enfant (choisir le payeur principal)

PARENT - RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom :
Nom marital :
(nom d'usage)
Prénom :
Adresse :
(si différente de celle de l'enfant)

Tél. domicile :

Tél. portable :
(obligatoire)

E-MAIL :
A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES - obligatoire pour la création de l'espace famille

Autorité parentale : oui non
Payeur principal : oui non

PARENT - RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom :
Nom marital :
(nom d'usage)
Prénom :
Adresse :
(si différente de celle de l'enfant)

Tél. domicile :

Tél. portable :
(obligatoire)

E-MAIL :
A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES - obligatoire pour la création de l'espace famille

Autorité parentale : oui non
Payeur principal : oui non

→ Pour toute situation particulière en matière de garde d'enfant, fournir le document officiel mentionnant les termes de celle-ci. À défaut de jugement, fournir une attestation co-signée par les deux responsables de l'enfant, en précisant le calendrier de garde pour l'année jusqu'au 31/08/2027.

Autre responsable de l'enfant (foyer, famille d'accueil,...)

Nom : Prénom :

Autorité parentale : oui non Payeur principal : oui non

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable : E-mail :
(obligatoire) (obligatoire)

Contacts en cas d'urgence (autres que les responsables légaux et par ordre de priorité)

! Aucun enfant scolarisé en maternelle, en cours préparatoire et en cours élémentaire ne pourra sortir seul ou être remis à une personne de moins de 16 ans.

A = personne autorisée à récupérer votre enfant

B = personne à prévenir en cas d'urgence

A et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :
(avec l'enfant)

A et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :
(avec l'enfant)

A et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :
(avec l'enfant)

Autorisations

Après les activités : j'autorise je n'autorise pas mon enfant à regagner seul le domicile

Droit à l'image : j'autorise je n'autorise pas la captation / l'utilisation de l'image de mon enfant
par la collectivité Grand Auch Cœur de Gascogne/ Ville d'Auch

Mon enfant mange-t-il à la cantine :	jamais	parfois (occasionnel) <i>choix des jours sur l'espace famille</i>	toujours (demi-pensionnaire) <i>inscription annuelle par le service EEJ</i>
Régime alimentaire :	carné <i>(tous types de viandes : poulet, porc, bœuf...)</i>		alternatif <i>(non carné avec complément protéinique)</i>

Facturation séparée :	☒ oui	☐ non → En cas de garde alternée, fournir le calendrier de garde pour l'année jusqu'au 31/08/2027
Envoi postal de la facture :	☐ oui	☒ non → Les factures sont disponibles en ligne dans votre espace famille.
Modalités de paiement :	☒ prélèvement automatique	☐ non → Fournir un RIB pour une 1 ^{ère} demande ou si changement de coordonnées bancaires.
	☐ en ligne sur l'espace famille	
	☐ au service EEJ : chèque à l'ordre «Education Ville d'Auch», CB, numéraire et CESU - le règlement par CESU ne s'applique pas à la restauration scolaire.	

Nom de l'allocataire :	N° d'allocataire : <i>CAF du Gers uniquement</i>	Organisme : <i>(CAF, MSA, particulier,...)</i>
------------------------	---	---

L'indication du numéro d'allocataire (CAF du Gers uniquement) permet à l'administration d'accéder directement à vos ressources auprès de la CAF du Gers et de vous faire bénéficier de tarifs modulés en fonction de celles-ci. En l'absence de ce numéro, le tarif plein sera appliqué.

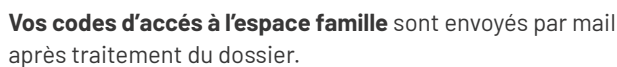
Si vous êtes allocataire de la CAF d'un département autre que le Gers ou de la MSA, fournir la dernière attestation de Quotient Familial mensuel.

Pour les personnes accompagnées par des organismes sociaux, fournir une attestation de ressources signée de l'organisme. En l'absence de celle-ci le tarif plein sera appliqué.

attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale,
certifions que notre enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile » et « individuelle accident » sur le temps scolaire (inscription scolaire),
certifions que notre enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile » hors temps scolaire et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels (inscription extrascolaire),
autorisons la Ville d'Auch et Grand Auch Cœur de Gascogne à prendre en compte notre quotient familial via la Caisse d'Allocations Familiales du Gers (CAFPRO),
certifions exacts les renseignements portés sur ce dossier,
déclarons avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la restauration scolaire et des accueils de loisirs périscolaires.

Signature autre responsable légal :

- Fournir un RIB pour une 1^{ère} demande ou si changement de coordonnées bancaires.



Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du service « Education, de l'enfance à la jeunesse » de la Ville d'Auch et de Grand Auch Cœur de Gascogne, 1 rue Darwin 32000 AUCH (tél : 05 62 61 42 60) ainsi qu'auprès du directeur d'école, de l'inspecteur de l'éducation nationale de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale, dans les conditions définies par les articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

FICHE SANITAIRE

À joindre au DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS

2026-2027



NOM :

PRÉNOM :

Vaccinations

VACCIN OBLIGATOIRE

DATE de la dernière injection

DTP (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite)

VACCINS RECOMMANDÉS

DATE de la dernière injection

ROR * (Rubéole – Oreillons – Rougeole)

Coqueluche *

Haemophilus *

Meningocoque C*

Hépatite B *

Influenza B *

BCG *

→ * **Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.**

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, ils doivent être réalisés dans les 3 mois suivant l'inscription.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

→ **Obligatoire : joindre une copie du carnet de santé ou des certificats de vaccination.**

Renseignements concernant le mineur

L'enfant suit-il un traitement ?

oui

non

Lequel :

L'enfant a-t-il déjà eu une intolérance ou allergies suivantes ?

Alimentaire

oui

non

Médicamenteuses

oui

non

Autres (animaux, plantes, pollen...)

oui

non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Le mineur présente-t-il des problèmes de santé particuliers ?

oui

non

Nécessitant une transmission d'information médicales, des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter.

Ex : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I ?

oui

non

→ Si oui, merci de fournir une copie du PAI.

L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance MDPH ?

oui

non

→ pour information, contact référent handicap territorial : carine.job@mpe.grand-auch.fr

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole

oui

non

Varicelle

oui

non

Angine

oui

non

Coqueluche

oui

non

Asthme

oui

non

Oreillons

oui

non

Otite

oui

non

Rougeole

oui

non

Scarlatine

oui

non

Rhumatisme

oui

non

Recommandations des parents

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne etc....

Responsables du mineur

À JOINDRE EN PRIORITÉ EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :
Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable : Tel. professionnel :

MÈRE

Nom :
Prénom :
Tél. portable :
(obligatoire)

PÈRE

Nom :
Prénom :
Tél. portable :
(obligatoire)

MÉDECIN TRAITANT

Nom :
Téléphone:

N° SÉCURITÉ SOCIALE DONT DÉPEND L'ENFANT *(OBLIGATOIRE)*

Signature

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

Date Signature du ou des responsables légaux

