



# DOSSIER D'INSCRIPTION

structures  
enfance et jeunesse

ANNÉE SCOLAIRE  
2024 - 2025

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : F M

## SCOLARISATION *cocher les cases ci-dessous et renseigner les éléments*

École maternelle École élémentaire Collège Lycée Institution (IME, IEM, IES, ITEP, ...) A domicile

Nom de l'école ou institution : .....

Classe : .....

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnel de Scolarisation (AVS/AES, ULIS, GEVA-SCO, MATERIEL ADAPTE...)?

Oui Non Demande en cours Ne souhaite pas répondre

L'enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (*Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé*) à des fins de statistiques par la CAF66 ?

Oui Non Demande en cours Ne souhaite pas répondre

Autre type de suivi (*PCO, CAMPS, CMP, CMPP, Hôpital de jour, SESSAD...*) ?

Oui Non Ne souhaite pas répondre

**Si vous avez coché Oui à au moins une des 3 questions ci-dessus, joindre le justificatif au dossier.**

## DOCUMENTS À FOURNIR

- Dernière attestation CAF de quotient familial
- Justificatif de domicile
- Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire / responsabilité civile (à communiquer dès réception)
- Joindre obligatoirement une attestation du médecin traitant certifiant que le mineur est à jour de ses vaccins. À défaut, joindre une copie du carnet de vaccination.
- Pour l'inscription à l'étude surveillée / garderie PRO : justificatif d'emploi/contrat, bulletin de salaire ...
- En cas de divorce, séparation, délégation à un(e) tuteur(trice), etc.... Merci de fournir le jugement.
- RIB (périscolaire)

**DOSSIER  
À RETOURNER  
AVANT LE :  
28 / 06 / 2024**

**Merci de vérifier la complétude de votre dossier avant dépôt :  
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ.**

**Merci également de vérifier que vous êtes à jour du règlement de vos factures  
antérieures auprès de la mairie.**

**Données personnelles** ■ Conformément à la réglementation générale sur la protection des données dite RGPD, nous vous informons que les informations collectées servent à la gestion des inscriptions aux services Périscolaires et/ou Accueil de Loisirs Sans hébergements et/ou restauration scolaire traités par la commune de Pollestres par les personnes dûment habilitées. Elles seront conservées durant la période de fréquentation de l'enfant aux établissements qui utilisent les données collectées dans le cadre de ce traitement. Les droits d'accès et de rectification prévues par les articles 15 et 16 du Règlement (UE) 2016/679 (Règlement général sur la protection des données) ainsi que les droits d'opposition (art 21 du RGPD), de limitation (art 18 du RGPD), et d'effacement (art 17 du RGPD) s'appliquent au présent traitement. Vous pouvez les exercer sur simple demande en adressant un courrier muni de l'identité du demandeur à la mairie de la commune de Pollestres : Hôtel de Ville, avenue Pablo Casals, 66450 POLLESTRES. Ou à l'adresse mail : [mairie@pollestres.com](mailto:mairie@pollestres.com)

Notre site est à votre disposition pour toute information : [www.pollestres.com](http://www.pollestres.com)

## NOM ET PRÉNOM DE MON ENFANT : .....

### RESPONSABLE 1

Madame      Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....



Téléphone : .....

Adresse email : .....

Téléphone professionnel : .....

(facultatif)

### RESPONSABLE 2

Madame      Monsieur

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....



Téléphone : .....

Adresse email : .....

Téléphone professionnel : .....

(facultatif)

N° CAF ou MSA (obligatoire) : .....      Quotient familial : .....

*Si les factures sont à répartir entre les responsables désignés (garde alternée, séparation ...) vous rapprocher du service d'inscription pour les modalités. Uniquement si vous êtes concerné, merci de joindre le planning de garde alternée signé des deux parents.*

### À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Téléphone : .....

### PERSONNE(S) AUTORISÉE(S) À RÉCUPÉRER L'ENFANT

*(si différent)*

Nom : .....      Nom : .....

Prénom : .....      Prénom : .....

Lien de parenté : .....      Lien de parenté : .....

Téléphone : .....      Téléphone : .....

Nom : .....      Nom : .....

Prénom : .....      Prénom : .....

Lien de parenté : .....      Lien de parenté : .....

Téléphone : .....      Téléphone : .....

### AUTORISATIONS DES RESPONSABLES

**Autorise**

**N'autorise pas**

Participer aux sorties / activités

Utiliser les moyens de transports prévus

Laisser mon enfant quitter seul le Point Jeunes

La prise de photo et/ou vidéo de mon enfant pour une utilisation interne à l'accueil

La prise de photo et/ou vidéo de mon enfant pour un partage sur les réseaux sociaux ou la presse

**Les parents déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site de la ville : [www.pollestres.com](http://www.pollestres.com), ou sur demande auprès des structures.**

**Cocher la/les case(s) correspondante(s) :**

Accueil de loisirs

Périscolaire / restauration

Point Jeunes

## J'INSCRIS MON ENFANT À LA RESTAURATION SCOLAIRE

Inscription pour toute l'année scolaire (4 jours par semaine)

Inscription dérogatoire à jours fixes (cocher les jours à réserver) :      Lundi      Mardi      Jeudi      Vendredi

Demande d'inscription à compter du :

.....



Si allergie alimentaire, les parents informent l'établissement scolaire afin de mettre en place un PAI (Projet Accueil Individualisé). Renseigner impérativement la rubrique «Renseignements médicaux» de la fiche sanitaire en page suivante.

## J'INSCRIS MON ENFANT À L'ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

MATIN	Tous les jours	les lundis	les mardis	les jeudis	les vendredis
MIDI	Forfait obligatoire en cas d'inscription à la restauration scolaire				
SOIR	Tous les jours	les lundis	les mardis	les jeudis	les vendredis
MERCREDI	Journée avec repas		Journée sans repas		

Mercredi : inscription dérogatoire à jours fixes (cocher les jours à réserver) :

<b>Sept.</b> 04/09 11/09 18/09 25/09	<b>Oct.</b> 02/10 09/10 16/10	<b>Nov.</b> 06/11 13/11 20/11 27/11	<b>Déc.</b> 04/12 11/12 18/12	<b>Janv.</b> 08/01 15/01 22/01 29/01	<b>Fév.</b> 05/02 12/02
<b>Mars</b> 05/03 12/03 19/03 26/03	<b>Avril</b> 02/04 09/04 <input type="checkbox"/> 30/04	<b>Mai</b> 07/05 14/05 21/05 28/05	<b>Juin</b> 04/06 11/06 18/06 25/06	<b>Juillet</b> 02/07	

## J'INSCRIS MON ENFANT À LA GARDERIE PROFESSIONNELLE DE 13H30 À 13H50

Pour les enfants qui ne mangent pas à la cantine et dont les parents travaillent

Oui    Non

Tous les jours    les lundis    les mardis    les jeudis    les vendredis

## J'INSCRIS MON ENFANT À L'ÉTUDE SURVEILLÉE

Oui    Non

Lundi    Mardi    Jeudi    Vendredi

***Nous vous rappelons que vous ne pourrez récupérer votre enfant qu'à partir de 18h.***

## SIGNATURE DU/DES RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Lu et approuvé

le : .....

Certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature :

### POUR SIGNER avec Acrobat Reader

1. Cliquez sur l'icône Signer
2. Dans le panneau de signature qui s'affiche, saisir votre signature au clavier, la tracer avec le doigt / la souris, ou importez une image.
3. Cliquez sur Appliquer pour placer votre signature dans le champ prévu.
4. Enregistrer et télécharger ou partager le document signé.



Ajouter une signature

Ajouter des initiales



Merci de compléter la fiche sanitaire à suivre afin d'enregistrer votre dossier.

## FICHE SANITAIRE (CONFIDENTIELLE)

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F M  
Date de naissance : ..... Classe : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme Oui Non Allergies médicamenteuses Oui Non  
Allergies alimentaires Oui Non Autre trouble de santé : .....  
Un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) est-il mis en place pour l'accueil du mineur sur le temps scolaire ? Oui .....  
Si oui, à joindre au dossier. Non .....



**Joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.), difficultés de sommeil, en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des appareils dentaire ou auditif, a-t-il des difficultés de sommeil ?

.....  
.....  
.....

### MÉDECIN TRAITANT

Nom : .....

Téléphone : .....

### SIGNATURE DU/DES RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Je, soussigné(e) Mme / M. ....  
responsable légal du mineur .....  
en classe de .....  
au sein de l'école de .....  
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage  
à les réactualiser si nécessaire.  
J'autorise le responsable de la structure, le cas échéant, toutes  
mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date et signature du/es responsable(s) :  
Le : .....  
Signature :