

# DOSSIER INSCRIPTION UNIQUE

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_ Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Enfant en situation d'handicap :  OUI  NON Bénéficiaire de l'AEEH :  OUI  NON

Ecole : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

### Responsable 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° Portable : \_\_\_\_\_ N° Fix : \_\_\_\_\_ N° Travail : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### Responsable 2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

N° Portable : \_\_\_\_\_ N° Fix : \_\_\_\_\_ N° Travail : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

N° Allocataire CAF : \_\_\_\_\_ N° Allocataire MSA : \_\_\_\_\_

## SITUATION FAMILIALE

Marié(e)  Célibataire  Concubinage  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Pacsé(e)

AUTRES ENFANTS A CHARGE										
Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : __/__/__								
Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : __/__/__								
Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : __/__/__								
Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : __/__/__								
Nom : _____	Prénom : _____	Date de naissance : __/__/__								
FAMILLE ACCUEIL										
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    Si oui, précisez votre employeur : _____										
PERSONNE AUTORISÉ A RECUPERER L'ENFANT										
Nom - Prénom	Téléphone	Adresse				Lien avec l'enfant				
_____	_____	_____				_____				
_____	_____	_____				_____				
_____	_____	_____				_____				
_____	_____	_____				_____				
RESTAURATION SCOLAIRE / PÉRISCOLAIRE										
L'enfant déjeunera-t-il à la restauration scolaire ?				<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> OCCASIONNELLEMENT			<input type="checkbox"/> NON
Si oui, préciser les jours de présences fixes sur l'année :				<input type="checkbox"/> Lundi		<input type="checkbox"/> Mardi		<input type="checkbox"/> Jeudi		<input type="checkbox"/> Vendredi
L'enfant viendra-t-il à l'accueil périscolaire ?				<input type="checkbox"/> OUI			<input type="checkbox"/> NON			
GARDE ALTERNÉE										
Nom – Prénom du parent	Planning de garde (sur 2 semaines)									
	Semaine Paire					Semaine Impaire				
	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser en cas de césure : _____										

### LES AUTORISATIONS

- L'enfant est-il autorisé à rentrer seul ?  OUI  NON
- J'autorise la prise de photographie et/ou de vidéo de mon enfant dans le cadre de sa participation aux activités ?  
 OUI  NON
- J'autorise l'exploitation de ces prises de vues, à titre gratuit, lors des opérations de communication sur tous supports confondus.  
 OUI  NON

### DOCUMENTS À FOURNIR

Obligatoires	Facultatifs concerné(e)
<input type="checkbox"/> La copie de votre livret de famille <input type="checkbox"/> Un justificatif de domicile (- de 3 mois) <input type="checkbox"/> Attestation de paiement CAF / MSA <input type="checkbox"/> La photocopie des vaccins de votre enfant <input type="checkbox"/> La fiche sanitaire de liaison <input type="checkbox"/> Certificat de radiation (en cas de changement d'école) <input type="checkbox"/> RIB & Autorisation de prélèvement	<input type="checkbox"/> Attestation de la MDPH ( <i>dans le cas où votre enfant est en situation d'handicap ou bien bénéficiaire de l'AEEH</i> ) <input type="checkbox"/> P.A.I en cours de validité <input type="checkbox"/> Acte de jugement établissant les règles de garde de l'enfant ( <i>à fournir seulement dans le cas d'une garde alternée</i> ) <input type="checkbox"/> En cas d'hébergement, attestation sur l'honneur, justificatif de domicile et pièce d'identité de l'hébergeant(e)

*J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier.*

*En signant ce dossier, j'autorise toutes les structures du Service Enfance Jeunesse regroupant l'ALSH du Clos Normand, l'ALSH de Quillebeuf Sur Seine et l'ALSH de Routot (sauf le Mercredi) l'accès à toutes vos données renseignées.*

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du responsable 1 de l'enfant  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du responsable 2 de l'enfant  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

*"Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 portant règlement général sur la protection des données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que la fourniture des données sollicitées est obligatoire pour pouvoir bénéficier des services rendus par la CCPAVR en matière scolaire.*

*Les données sont accessibles uniquement au personnel habilité, elles ne sont en aucun cas diffusées à des tiers. Ces données seront conservées pour une durée de 1 an.*

*Vous pouvez accéder à vos données ou faire rectifier celles-ci, vous pouvez également vous opposer à ce traitement ou demander sa limitation.*

*Pour en savoir plus sur ce traitement ou exercer vos droits, vous pouvez vous adresser par courriel à [pavs@ccpavr.fr](mailto:pavs@ccpavr.fr).*

*Si après avoir contacté ces services, vous estimez que vos droits sont méconnus, vous pourrez saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) en vous rendant sur le lien ci-après : <https://www.cnil.fr/fr/webform/nous-contacter>."*

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA n°10008\*2

### I/ L'enfant (Joindre une attestation d'assurance le cas échéant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin  
 N°- Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_  
 Groupe Sanguin : \_\_\_\_\_ Assurance : \_\_\_\_\_  
 N°- Police d'Assurance : \_\_\_\_\_ Date de fin de validité : \_\_\_\_\_

### II/ Vaccination (Joindre une copie du carnet de santé partie vaccins)

Diptérie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
Tétanos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	Hépatite B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
Poliomyélite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
Pneumocoque	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	Haemophilus influenzae B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____	Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____
Méningocoque C	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date d'injection : ____/____/____			

Autres : \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### III/ Les informations médicales de l'enfant

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ N° Téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il déjà eu ou a actuellement l'une des maladies suivantes ?

Angine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Allergies médicalement reconnues : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



Autres renseignements : \_\_\_\_\_

Recommandations des parents (lunettes ...) : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Un P.A.I (projet d'accueil individualisé) est-il en cours de validité :  OUI  NON

Type de repas à éviter : \_\_\_\_\_

#### IV/ Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom - Prénom	N°- Téléphone	Lien avec l'enfant
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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

En signant cette fiche, j'autorise également la prise en charge de mon enfant par les services de secours (SAMU, pompiers, ambulance) et son transfert à l'hôpital tel qu'il soit et cela sans la présence d'un membre du personnel de la structure accueillante.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du responsable de l'enfant  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du responsable de l'enfant  
Précédée de la mention « lu et approuvé »

## DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
Nom, prenom et adresse :	Nom et adresse de votre banque :

COMPTE A DEBITER			
Codes RIB			
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Communauté de Communes de Pont-Audemer Val de Risle Place de Verdun 27500 PONT-AUDEMER

Date et signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.

&

## AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous.

En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL EMETTEUR

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Nom, prenom et adresse :	Communauté de Communes de Pont-Audemer Val de Risle Place de Verdun 27500 PONT-AUDEMER

COMPTE A DEBITER			
Codes RIB			
Etabl.	Guichet	N° du compte	Clé

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
Nom et adresse de votre banque :

Date et signature :

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer en y joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.), Postal (R.I.P.) ou de Caisse d'Epargne (R.I.C.E.)