

Ecole :

Classe :

Nom :

.Prénom :

Date et lieu de naissance :

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

Responsable

☐

Père

☐

Mère

Responsable

☐

Père

☐

Mère

Autre responsable :

☐

Beau père

☐

Belle mère

☐

Famille d'accueil

Nom et
prénom

Adresse
complète

☎ mobile

☎ professionnel

Adresse mail

@

@

@

Garde de l'enfant
(en cas de
séparation)

Père

☐

Mère

☐

Alternée

☐

(joindre copie du droit de garde déterminant le lieu de résidence de l'enfant)

Régime
sécurité sociale

Général

☐

Agricole

☐

Autre

☐

N° Allocataire

Quotient familial :

* J'accepte la vérification des informations notées via **CAF Pro** (uniquement régime général)

OUI

☐

NON

☐
Attention, en cas de refus, ou d'absence d'attestation de quotient familial (si vous ne dépendez pas de la CAF), le tarif le plus élevé sera appliqué

Nom de votre compagnie d'assurance (scolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du médecin traitant de votre enfant (facultatif) :

Commune :

..Téléphone :

L'enfant présente-t-il des troubles de santé ?

• Allergie alimentaire

OUI ☐

NON ☐

Si oui, à quoi :

• Allergie médicamenteuse

OUI ☐

NON ☐

Si oui, à quoi :

• Asthme

OUI ☐

NON ☐

• Diabète

OUI ☐

NON ☐

• Epilepsie

OUI ☐

NON ☐

• Autres (handicap, troubles du comportement, suivi spécialisé...) : OUI ☐ NON ☐



Si oui, quoi :

Mon enfant est bénéficiaire de l'AEEH

OUI ☐

NON ☐

Le trouble de santé nécessite-t-il un traitement médical particulier

OUI ☐

NON ☐

Lequel :

Le trouble de santé entraîne-t-il une conduite particulière en cas d'urgence ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, laquelle :

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est-il mis en place pour votre enfant ?

OUI ☐

NON ☐

Si oui, merci d'en joindre une copie au dossier

Votre enfant porte-t-il :

Des lunettes

OUI ☐

NON ☐

Un appareil dentaire

OUI ☐

NON ☐

Un appareil auditif

OUI ☐

NON ☐

Votre enfant suit-il un **régime alimentaire** particulier :

Sans porc

OUI ☐

NON ☐

Sans viande

OUI ☐

NON ☐

VACCINS

VACCINS OBLIGATOIRES	Date du dernier rappel	AUTRES VACCINS	Date du dernier rappel
DTP + coqueluche (Infanrix / Hexyon)		Rougeole - Oreillons -Rubéole (priorix)	
Pneumocoque (Prévenar)		Méningocoque C	
Hépatite B		BCG	
Autre :		Autre :	

Personnes habilitées à prendre en charge mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence

Nom et prénom	Téléphone	Lien de parenté avec l'enfant

ARRIVEE ET DEPART DE VOTRE ENFANT

Mon enfant prendra le bus le matin	OUI ☐ NON ☐	Où monte - t - il ? (préciser l'arrêt) : <input type="text"/>
Mon enfant prendra le bus le soir	OUI ☐ NON ☐	Où descend - il ? (préciser l'arrêt) <input type="text"/>

Si mon enfant a PLUS DE 6 ANS, je l'autorise à repartir seul :

A la descente du bus OUI ☐ NON * ☐

A la sortie des accueils OUI ☐ NON * ☐

Périscolaires et extrascolaires



*Si non, je viens le chercher ou j'autorise une des personnes habilitées à récupérer mon enfant

ATTENTION, inscription au bus scolaire à renouveler chaque année

sur : somme.transportscolaire.hautsdefrance.fr/usager

PAIEMENT et PRÉLÈVEMENT

Les factures sont disponibles en début de mois pour les prestations du mois précédent.

Vous pouvez les régler en carte bancaire sur votre portail famille, par chèque ou en espèces.

Vous pouvez opter pour le **prélèvement automatique** (fait le 15 de chaque mois). Il suffit de fournir un RIB et de nous retourner signées les autorisations de prélèvement que l'on vous enverra une fois vos informations bancaires enregistrées. Les prélèvements sont automatiquement reconduits chaque année scolaire.

**TOUTE FACTURE DOIT FAIRE L'OJBET D'UNE VERIFICATION AVANT PAIEMENT.
MERCI DE NOUS CONTACTER EN CAS D'ERREUR**

AUTORISATIONS ET CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e)

Responsable légal de :

déclare avoir pris connaissance des conditions de fonctionnement des différents services organisés par Terre de Picardie et autorise :

- mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par les organisateurs :
OUI ☐ NON ☐
- les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales ...)
OUI ☐ NON ☐
- Terre de Picardie à **utiliser l'image et la voix de mon enfant** pour la période scolaire en cours (scolaire et extrascolaire) , conformément à la loi relative au droit à l'image et à la voix (article 9 du code civil)
OUI ☐ NON ☐
- les organisateurs à me communiquer diverses informations par mail et/ou sms
OUI ☐ NON ☐

Par ailleurs :

- Je m'engage à régler le montant des prestations auxquelles mon enfant participera
- Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident pouvant survenir avant ou après les horaires d'ouverture ou de fermeture.
- Je m'engage à signaler à TdP tout changement de situation de la famille ou de l'enfant
- J'approuve le règlement intérieur des services consultable sur le site internet de Terre de Picardie
- Je m'engage à inscrire **chaque année** mon enfant pour le transport scolaire (si besoin) sur somme.transportscolaire.hautsdefrance.fr/usager

. JE CERTIFIE AVOIR MIS À JOUR LES INFORMATIONS RENSEIGNÉES SUR LE PORTAIL FAMILLE, NOTAMMENT LES DONNÉES MÉDICALES DE MON ENFANT

Le

.20

À

Signature du responsable de l'enfant :



PRÉFET
DE LA SOMME

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DE LA COHÉSION SOCIALE



La CAF et la MSA participent financièrement au fonctionnement
des accueils périscolaires et extrascolaires