

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**

Fiche à déposer **sur le portail famille avant le 30 juin 2026**,  
Avec les pièces justificatives demandées.

**ELEVE**

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe : M  F   
Né(e) le : ...../...../..... Lieu de naissance : ..... Dpt : .....  
Nationalité : ..... Niveau en 2026 / 2027 : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....

**RESPONSABLES LEGAUX**

**1 – Responsable légal n°1**

Nom : ..... Prénom : ..... Autorité parentale : Oui  Non   
Profession : ..... Situation familiale (1) : .....  
Adresse : .....  
*(si différente de celle de l'enfant)*  
Code Postal : ..... Commune : .....  
Tél. portable : ..... Tél. travail : .....  
Courriel ..... @.....

**2 – Responsable légal n°2**

Nom : ..... Prénom : ..... Autorité parentale : Oui  Non   
Profession : ..... Situation familiale (1) : .....  
Adresse : .....  
*(si différente de celle de l'enfant)*  
Code Postal : ..... Commune : .....  
Tél. portable : ..... Tél. travail : .....  
Courriel ..... @.....

**3 – Autre responsable légal (personne physique ou morale)**

Autorité parentale : Oui  Non

Organisme : ..... Personne référente : .....  
Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Commune : .....  
Tél. portable : ..... Tél. travail : .....  
Courriel ..... @.....

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

## TRANSPORT SCOLAIRE – LE CAS ÉCHÉANT

Circuit numéro : ..... Arrêt numéro : .....

**Pour les élémentaires uniquement** : J'autorise mon enfant à rentrer seul de l'arrêt de bus au domicile : Oui  Non

## PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : .....

## SANTÉ ET BESOINS SPÉCIFIQUES

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies et/ou allergies suivantes

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Scarlatine		
Coqueluche		
Rougeole		
Oreillons		
Angine		
Otite		
Rhumatisme articulaire aigu		

ALLERGIES	OUI	NON
Alimentaires		
Précisez	.....	
Asthme		
Médicamenteuses		
Autres		
Précisez	.....	
<b>INTOLERANCE</b>		
Alimentaire		
Précisez	.....	

### Médecin traitant :

Nom : ..... Tél : .....

Votre enfant a-t-il un **P.A.I** (protocole d'accueil individualisé) : Oui  Non  Motif du P.A.I (ex : asthme).....

Dans le cadre de son PAI votre enfant a-t-il un panier repas : oui  non  **Joindre une copie**

Régime Alimentaire (le cas échéant) : Sans porc  Sans viande

**Recommandations utiles** : Veuillez indiquer ici toutes informations que vous jugerez utiles, à connaître par les adultes de nos services (besoins spécifiques, troubles, difficultés, maladies, accidents, hospitalisation...)

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

## ASSURANCES – CAF – MSA

Régime de protection sociale : CAF  MSA  N° allocataire : ..... Quotient familial : .....

Compagnie d'assurance (responsabilité civile) : ..... Numéro d'assuré : .....

Percevez-vous l'allocation A.E.E.H (Education de l'enfant Handicapé) : Oui  Non

**Si oui, joindre au dossier**

## AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Autorisez-vous l'équipe péri/extrascolaire à prendre en photo / vidéo / prise de sons voix de votre enfant : expositions temporaire, création artistique à destination des familles, parution dans la presse, site de la mairie, réseaux sociaux Oui  Non

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant :

- Autorisez-vous le/la responsable des accueils péri/extrascolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant Oui  Non

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

- J'accepte le règlement des services péri et extra scolaires (consultable sur notre site internet)

-Je m'engage à saisir toutes modifications des informations de cette fiche sur le portail famille ou par mail au service enfance

### Pièces à fournir

Les documents sont à fournir **via le portail famille**, et en un seul exemplaire en cas d'inscription à plusieurs services.

Copie du carnet de santé page vaccinations	<input type="checkbox"/>
<b>Si parents séparés</b> : Justificatif de l'autorité parentale – copie (décision de justice ou ordonnance de séparation mentionnant les conditions d'exercice de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation – décision de justice ou du conseil de famille en cas de mise sous tutelle de l'enfant). Si l'autorité parentale est conjointe, fournir une attestation de l'ex-conjoint autorisant la scolarisation de l'enfant à Serres-Castet.	<input type="checkbox"/>
Contrat d'assurance scolaire et extra-scolaire	<input type="checkbox"/>
Si Prélèvement automatique : contrat financier + mandat sepa (téléchargeables sur le site de la commune) +RIB	<input type="checkbox"/>
Attestation AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé)- Le cas échéant	<input type="checkbox"/>
Attestation QF CAF ou MSA	<input type="checkbox"/>
Attestation d'Aide aux Temps Libres- Le cas échéant	<input type="checkbox"/>

Fait à : .....

le : .....

Signature :