

# Année Scolaire 2021-2022

## Dossier d'inscription obligatoire à compléter et à déposer en Mairie de Lamalou les Bains

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT (en LETTRES CAPITALES)	<input type="checkbox"/> Ecole Maternelle	Classe Fréquentée :
	<input type="checkbox"/> Ecole Primaire	Nom de l'enseignant :

### SERVICES CANTINE - GARDERIE - TRANSPORT

**À RETOURNER EN MAIRIE DE LAMALOU LES BAINS**

**AVANT LE VENDREDI 10 SEPTEMBRE 2021**

- **VOLET 1 : L'ENFANT**
- **VOLET 2 : LES RESPONSABLES OU REPRESENTANTS LÉGAUX DE L'ENFANT**
- **VOLET 3 : AUTORISATIONS**
- **VOLET 4 : FICHE D'URGENCE**
- **VOLET 5 : AUTORISATION DE SORTIE / DÉCHARGE**
- **VOLET 6 : VOS COMMENTAIRES ET/OU OBSERVATIONS**

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des préinscriptions scolaires et de la cantine municipale. Le destinataire des données est le Service Affaires Scolaires de la Mairie de Lamalou les Bains. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser par écrit au Service des Affaires Scolaires de la commune de Lamalou les Bains.*

## VOLET 1 : L'ENFANT

### FICHE SIGNALÉTIQUE

Sexe de l'enfant :	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille		
N°allocataire CAF			
Nom :		Prénoms :	
Date de naissance :		Lieu de Naissance :	
Adresse :			
Code Postal + Ville			
Ecole fréquentée	<input type="checkbox"/> Ecole Maternelle	<input type="checkbox"/> Ecole Primaire	
Classe :		Nom de l'enseignant :	

### SANTÉ :

#### Mon enfant :

- est à jour de ses vaccinations
- n'a pas de maladie, d'allergie ou de contre-indication médicamenteuse connue à ce jour
- a une contre-indication médicamenteuse : \_\_\_\_\_
- a une maladie : il est
  - Asthmatique depuis le .....
  - Diabétique depuis le .....
  - Spasmophile depuis le .....
  - Autre(s) : .....

### RÉGIME ALIMENTAIRE :<sup>1</sup>

Lié à une maladie autre qu'une allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Allergie(s) alimentaire(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Menu choisi	<input type="checkbox"/> menu de base (toute viande, légumes...) <input type="checkbox"/> menu sans porc <input type="checkbox"/> menu végétarien

<sup>1</sup> En cas d'allergies alimentaires ou d'un régime lié à une maladie de l'enfant autre qu'une allergie alimentaire, il convient de remplir **obligatoirement** l'imprimé Projet d'Accueil Individualisé – PAI – et de prendre contact avec les services de la mairie.

Nom et prénom de l'enfant

## VOLET 2 : LES RESPONSABLES OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX DE L'ENFANT

### Le Père

Nom :		Prénoms :	
Adresse :			
Code Postal + Ville			
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Vit maritale <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf		
Profession employeur			
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		E-mail	

### La Mère

Nom :		Prénoms :	
Adresse :			
Code Postal + Ville			
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée <input type="checkbox"/> Vit maritale <input type="checkbox"/> Pacsée <input type="checkbox"/> Divorcée <input type="checkbox"/> Séparée <input type="checkbox"/> Veuve		
Profession employeur			
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		E-mail	

### Personne responsable de l'enfant (Si différent du Père ou de la Mère)

Nom :		Prénoms :	
Adresse :			
Code Postal + Ville			
Lien de parenté avec l'enfant			
Profession et nom de l'employeur			
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		E-mail	

Dans le cas où les parents sont séparés ou divorcés, précisez qui assure la garde légale de l'enfant :

- Le père  La mère  Garde alternée

**Titulaire de l'autorité parentale :**

- Père  Mère  Les deux  Autre :.....

▶ Joindre copie de jugement de divorce

▶ Envoi des factures :

- au Père  à la Mère

Nom et prénom de l'enfant

### VOLET 3 : AUTORISATIONS

#### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant – autres que le Père ou la Mère

##### Personne numéro 1

Nom :		Prénoms :	
Lien familial avec l'enfant :			
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		E-mail :	
Adresse			
CP + Ville			

##### Personne numéro 2

Nom :		Prénoms :	
Lien familial avec l'enfant :			
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		E-mail :	
Adresse			
CP + Ville			

##### Personne numéro 3

Nom :		Prénoms :	
Lien familial avec l'enfant :			
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		E-mail :	
Adresse			
CP + Ville			

**Si une autre personne doit venir, à titre exceptionnel, chercher l'enfant, il convient d'en informer obligatoirement dans les meilleurs délais le service des affaires scolaires.**

Nom et prénom de l'enfant

**VOLET 4 : FICHE D'URGENCE**

**Personnes à contacter en cas d'urgence et par ordre de priorité**

**1**

Nom :		Prénoms :	
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		Lien de parenté avec l'enfant	

**2**

Nom :		Prénoms :	
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		Lien de parenté avec l'enfant	

**3**

Nom :		Prénoms :	
Tél Domicile		Tél Portable	
Tél Bureau		Lien de parenté avec l'enfant	

**A renseigner obligatoirement :**

Nom du médecin traitant :		Téléphone	
Adresse du cabinet médical			

J'autorise la commune de Lamalou les Bains, dans le cas où il n'aurait pas été possible de me joindre, et si un médecin le juge nécessaire :

à faire hospitaliser mon enfant .....Oui  Non

et à lui faire subir le cas échéant une intervention chirurgicale urgente .....Oui  Non

L'établissement médical de préférence : .....

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de la cantine, garderie et du transport scolaire et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés.

**Je joins la copie du livret de famille et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés.**

**Signature(s) du ou des responsable(s) de l'enfant**

**Le Père**

*Lu et approuvé, le*  
Signature

**La Mère**

*Lu et approuvé, le*  
Signature

**Autre (précisez)**

*Lu et approuvé, le*  
Signature

Nom et prénom de l'enfant

**VOLET 5 : AUTORISATION DE SORTIE / DÉCHARGE**

---

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant à quitter seul l'établissement scolaire à l'issue de chaque demi-journée de cours scolaires, de garderie pour la durée de l'année scolaire 2021-2022. <sup>2</sup>

Autorise que mon enfant puisse descendre du bus pour se rendre au domicile familial sans qu'aucune personne responsable l'accueille à la descente du bus pour la durée de l'année scolaire 2021-2022. <sup>3</sup>

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 2021

**Signature(s) du ou des responsable(s) de l'enfant**

---

<sup>2</sup> Cocher la case le cas échéant

<sup>3</sup> Cocher la case le cas échéant

**VOLET 6 : VOS COMMENTAIRES ET/OU OBSERVATIONS**