

DOSSIER INSCRIPTION UNIQUE

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : ____/____/____ à _____ Sexe : Masculin Féminin

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

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

Ecole : _____ Classe : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° Portable : _____ N° Fixe : _____ N° Travail : _____

Email : _____ Lien de parenté : _____

Responsable 2

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° Portable : _____ N° Fixe : _____ N° Travail : _____

Email : _____ Lien de parenté : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

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 : __/__/____				
FAMILLE ACCUEIL										
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, précisez votre employeur : _____										
PERSONNE AUTORISÉE A RECUPÉRER L'ENFANT										
Nom - Prénom		Téléphone			Adresse			Lien avec l'enfant		
_____		_____			_____			_____		
_____		_____			_____			_____		
_____		_____			_____			_____		
_____		_____			_____			_____		
RESTAURATION SCOLAIRE / PÉRISCOLAIRE / ALSH										
INSCRIPTIONS					RÉSERVATIONS					
Toutes les inscriptions se font directement sur le Portail Famille : serviceenfance.ccpavr.fr					Concernant la restauration scolaire et les accueils de loisirs, il est nécessaire de réserver au préalable via le planning.					
<i>*Les communes concernées par la restauration scolaire sont Pont-Audemer, Montfort/Risle, Corneville/Risle, Illeville/Montfort, Selles, Le Marais Vernier, Manneville/Risle, Quillebeuf/Seine, Toutainville, Saint-Samson de la Roque, Bouquelon, Saint-Symphorien, Les Préaux, Triqueville, Saint-Simeon et Tourville/Pont-Audemer</i>										
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 : _____										
En cas de facture	<input type="checkbox"/> Père		<input type="checkbox"/> Mère		<input type="checkbox"/> Partage des frais entre les 2 parents*					
*En cas de partage des frais, les deux parents doivent fournir chacun un justificatif de domicile ainsi qu'une attestation CAF/MSA, le cas échéant. Le dossier doit être signé par les deux parents. À défaut, un second dossier devra être complété par le second parent ; dans le cas contraire, une seule facturation sera établie au parent ayant transmis le dossier.										

LES AUTORISATIONS		
J'autorise mon enfant à quitter seul l'établissement à l'issue des activités périscolaires ou de l'ALSH (hors temps scolaire) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise la prise de photographie et/ou de vidéo de mon enfant dans le cadre de sa participation aux activités ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
J'autorise l'exploitation de ces prises de vues, à titre gratuit, lors des opérations de communication sur tous supports confondus.	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
DOCUMENTS A FOURNIR		
Obligatoires	Facultatif, si 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 quotient CAF / MSA <input type="checkbox"/> La fiche sanitaire de liaison <input type="checkbox"/> Certificat de radiation (<i>en cas de changement d'école</i>) <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance	<input type="checkbox"/> Attestation de la MDPH (<i>dans le cas où votre enfant est en situation d'handicap ou bien bénéficiaire de l'AAEH</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) <input type="checkbox"/> RIB & Autorisation de prélèvement <input type="checkbox"/> Dernier avis d'impôt (<i>à fournir uniquement si vous envisagez d'inscrire votre enfant à l'ALSH de Quillebeuf/Seine et/ou à l'ALSH de Routot (sauf les mercredis)</i>)	

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.

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 *(Si vous ne parvenez pas à renseigner cette partie, merci de joindre une copie des pages "vaccinations" du carnet de santé de votre enfant. Renseignements obligatoires en cas d'inscription ALSH et/ou Périscolaire)*

Diphtérie	<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

**Si oui, joindre le protocole d'administration accompagné éventuellement de la trousse de secours*

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 (à remplir et à signer)

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

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
<i>Nom, prénom et adresse :</i>	<i>Nom et adresse de votre banque :</i>

COMPTE A DEBITER				NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
Codes RIB				Communauté de Communes de Pont-Audemer Val de Risle Place de Verdun 27500 PONT-AUDEMER
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé	

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 (à remplir et à signer)

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, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
<i>Nom, prénom et adresse :</i>	Communauté de Communes de Pont-Audemer Val de Risle Place de Verdun 27500 PONT-AUDEMER

COMPTE A DEBITER				NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
Codes RIB				<i>Nom et adresse de votre banque :</i>
Etablissement	Guichet	N° du compte	Clé	

Date et signature :

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