



DOSSIER D'INSCRIPTION

A.L.S.H.

ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024



ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

SEXE : GARÇON  FILLE

Lieu de naissance : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Classe : .....

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 :  Père  Mère  Tuteur

Responsable légal 2 :  Père  Mère  Tuteur

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

Né(e) le : ..... à .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Tél. domicile : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél. portable : .....

Tél. professionnel : .....

Tél. professionnel : .....

Courriel : .....

Courriel : .....

Profession : .....

Profession : .....

Code profession : (voir les codes ci-dessous) .....

Code profession : (voir les codes ci-dessous) .....

Autorité Parentale :  OUI  NON

Autorité Parentale :  OUI  NON

Prévenir en cas d'urgence :  OUI  NON

Prévenir en cas d'urgence :  OUI  NON

Payeur :  OUI  NON

Payeur :  OUI  NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

Célibataire  Pacsés  Mariés  Séparés

Divorcés  Veuf (ve)  Union Libre

Garde conjointe et simultanée des 2 parents.

Garde chez un seul parent (à préciser) : .....

Garde alternée - Semaine paire, chez : .....

- Semaine impaire, chez : .....

ASSURANCES

Régime d'assurance maladie : CPAM  MSA  Autres  .....

CAF : Numéro d'allocataire : ..... Hérault  Autre  .....

J'accepte la récupération des informations sur mon compte partenaire (CDAP)

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (Autres que les parents)

NOM Prénom	Lien parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(\*) REC : pouvant récupérer l'enfant

(\*) URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

**Votre enfant est scolarisé en :**

- Maternelle       Élémentaire       Extérieur  
Ecole d'affectation :  Les Escholiers       Louise MICHEL       Jean D'Ormesson  
 Georges RASCOL       René CASSIN       Alain CABROL       St Jean-Baptiste

**Frère(s) et Sœur(s) scolarisés sur la commune :**

NOM/PRENOM : ..... ECOLE..... CLASSE.....  
NOM/PRENOM : ..... ECOLE..... CLASSE.....  
NOM/PRENOM : ..... ECOLE..... CLASSE.....  
NOM/PRENOM : ..... ECOLE..... CLASSE.....

**INFORMATIONS MÉDICALES**

➤ **VACCINATIONS :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS EVENTUELS (préciser)		ROUGÉOLE-OREILLONS-RUBÉOLE	

➤ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires : Oui  Non

L'enfant a-t-il eut les maladies suivantes : Coqueluche  Oreillons  Rougeole   
Rubéole  Scarlatine  Varicelle  Angine  Otite  Rhumatisme

L'enfant a-t-il :

- de l'asthme : Oui  Non
- des allergies : Oui  Non  Préciser : .....
- un PAI : Oui  Non 
  - Alimentaire  Panier repas fourni par la famille : Oui  Non
  - autres  .....

(Fournir une photocopie du PAI)

- un accompagnement AESH : Oui  Non
- Percevez-vous l'AEEH pour votre enfant ? : Oui  Non

**AUTORISATIONS**

- Je souhaite que mon enfant bénéficie du plat de substitution : sans porc  repas végétarien
- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires : Oui  Non
- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune, les transports en commun et les véhicules affrétés par la ville auprès d'un prestataire de transport collectif sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées : Oui  Non
- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville : Oui  Non

**Les autorisations courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.**

Nous, Monsieur/Madame ..... et Monsieur/Madame .....  
 Responsables légaux de l'enfant : ..... déclarons l'exactitude des informations  
 portées sur ce dossier.

Fait le .....  
 Signature du Père, mère, tuteur (1)

à .....  
 Signature du Père, mère, tuteur (1)

(1) Rayer la mention inutile

### Codification des professions et catégories sociales

10- Agriculteurs exploitants	55-Employés de commerce
21-Artisans	56-Personnels des services directs aux particuliers
22-Commerçants et assimilés	62-Ouvriers qualifiés de type industriel
23- Chefs d'entreprise de 10 salariés et plus	63- Ouvriers qualifiés de type artisanal
31-Professions libérales	64-Chauffeurs
33-Cadres de la fonction publique	65-Ouvriers qualifié de la manutention, du magasinage, du transport
34-Professeurs, professions scientifiques	67-Ouvriers non qualifiés de type industriel
35-Professions de l'information, des arts et des spectacles	68-Ouvriers non qualifiés de type artisanal
37-Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	69-Ouvriers agricoles
38-Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	71-Retraités agriculteurs exploitants
42-Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	72-Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
43-Professions intermédiaires de la santé et du travail social	74-Anciens cadres
44-Clergé, religieux	75-Anciennes professions intermédiaires
45-Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	77-Anciens employés
46-Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	78-Anciens ouvriers
47-Techniciens	81-Chomeurs n'ayant jamais travaillé
48-Contremaitres, agents de maîtrise	83-Militaires du contingent
52-Employés civils, agents de service de la fonction publique	84-Elèves, étudiants
53-Policiers et militaires	85-Personnes sans activité professionnelle <60 ans (sauf retraités)
54-Employés administratifs d'entreprises	86-Personnes sans activité professionnelle >=60 ans (sauf retraités)