



## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2024-2025

ENFANT	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon

<b>Responsable légal 1</b> : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	<b>Responsable légal 2</b> : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :
NOM Prénom :	NOM Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél portable :                      Tél pro :	Tél portable :                      Tél pro :
N° Allocataire CAF :	N° Allocataire CAF :

Votre enfant présente-t-il une situation de handicap ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Notification de la MDPH	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> En cours
Votre enfant a-t-il une notification MDPH lui permettant de bénéficier d'une aide individuelle AESH (Accompagnement d'Élève en Situation de Handicap) ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il des pathologies chroniques ou aiguës en cours (asthme...) ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant a-t-il un régime alimentaire médical (diabète, régime sans sel, allergie...) ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Votre enfant présente-t-il des allergies médicamenteuses ?			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b><i>Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, merci de contacter l'Espace Familles afin d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) et/ou un PAIP (Projet d'Accueil Inclusif Personnalisé).</i></b>			

<b>SITUATION FAMILIALE</b> <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
<b>RÉSIDENCE DE L'ENFANT :</b> <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Garde alternée <input type="checkbox"/> Autre :

Personnes (autres que les responsables légaux) à prévenir en cas d'urgence <b>ET</b> autorisées à récupérer l'enfant sur présentation de leur carte d'identité : <b>5 PERSONNES MAXIMUM</b>		
NOM – Prénom	Lien avec l'enfant	Tél portable



# Ville de Saint-Mitre-les-Remparts

## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2024-2025

### LISTE DES DOCUMENTS OBLIGATOIRES À FOURNIR

- Photocopie du livret de famille (pages parents et enfants)
- Justificatif de domicile de moins de trois mois : (Eau, électricité, quittance de loyer...)
- En cas de séparation des parents : copie du jugement de divorce ou document officiel de résidence de l'enfant
- Photocopie des vaccinations obligatoires à jour ou certificat médical du médecin traitant attestant que les vaccinations sont à jour.
- Attestation assurance garantie responsabilité civile et individuelle accident pour l'année scolaire 2024-2025
- Notification MDPH si la situation de handicap est reconnue.

### AUTORISATIONS - RÈGLEMENT

- J'autorise l'Espace Familiales à procéder au prélèvement de mes factures mensuelles et joins un RIB.
- J'autorise les services municipaux à photographier et/ou filmer mon enfant et à diffuser et publier les photographies et/ou les films sur tous les supports de communication de la ville.
- J'autorise la création de mon compte-famille en ligne sur le portail-familles de la ville.
- J'atteste avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des temps d'accueil périscolaires, et m'engage à le respecter.
- J'autorise les responsables des lieux d'accueil de mon enfant à se conformer à toutes les décisions du médecin et/ou des services de secours concernant les soins d'urgence à donner à mon enfant.
- Je certifie que mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires.
- J'atteste qu'à ma connaissance, et à ce jour, mon enfant ne présente aucune affection (maladie, régime, allergie...) et que les antécédents médicaux sont les suivants :

Antécédents médicaux	
Interventions chirurgicales	
Précautions particulières (lunettes, appareil dentaire...)	

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de l'enfant, atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

Fait à Saint-Mitre-les-Remparts, le \_\_\_\_\_ Signatures des parents :

Les données personnelles recueillies font l'objet d'un traitement conforme au règlement général sur la protection des données (RGPD) et la loi « informatique et libertés » modifiée. Les données collectées sont destinées au Maire de la commune de Saint-Mitre-Les-Remparts en sa qualité de « Responsable du traitement », aux seules fins de bonne gestion administrative, technique et juridique du service espace Familiales et ne seront en aucun cas utilisées ni diffusées à d'autres fins. Elles seront conservées durant 5ans. Pour toute information ou exercice de vos droits Informatiques et Libertés sur les traitements de données personnelles gérés par la Métropole Aix-Marseille-Provence, vous pouvez contacter son délégué à la protection des données (DPO) par courrier signé accompagné de la copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :  
METROPOLE AIX-MARSEILLE-PROVENCE - A l'attention du délégué à la protection des données (DPO) - BP 48014 - 13567 MARSEILLE CEDEX 02