

**PIECES JUSTIFICATIVES**

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

**Toutes les pièces doivent être présentées avec son original et sa copie.**

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Photocopie de 2 justificatifs de domicile datant de moins de 3 mois différents ( EDF, EAU, Taxe d'habitation, CAF, bail de location, assurance habitation ...)
<input type="checkbox"/> Photocopie du livret de famille les pages parents et de tous les enfants si besoin traduit en Français ( <i>inscription scolaire</i> )
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile (obligatoire) et individuelle accident corporel (vivement conseillée)
<input type="checkbox"/> 1 exemplaire photocopié des pages (90, 91, 92 et 93) de vaccination du carnet de santé avec le nom de l'enfant
<input type="checkbox"/> En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif
<input type="checkbox"/> Dernier avis d'imposition recto verso
<input type="checkbox"/> Attestation CAF ou MSA portant le numéro d'allocataire de moins de 3 mois
En cas de paiement des factures par prélèvement bancaire (compléments d'information) : ( <i>pour les ALP</i> )
<input type="checkbox"/> un relevé d'identité bancaire ou postal
<input type="checkbox"/> le mandat de prélèvement daté et signé
SUPPLEMENT 100% VACANCES, AML et 200% ADOS
<input type="checkbox"/> Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive
<input type="checkbox"/> Certificat d'aisance aquatique

Certificat de pré inscription scolaire transmis aux écoles le : .....

Dossier périscolaire transmis aux ALP le : .....

Dossier transmis à la cantine le : .....

Appel de la famille 1 Jour : .....heure : .....	Appel de la famille 2 Jour : .....heure : .....
objet de l'appel : ..... ..... .....	objet de l'appel : ..... ..... .....
Appel de la famille 3 Jour : .....heure : .....	Appel de la famille 4 Jour : .....heure : .....
objet de l'appel : ..... ..... .....	objet de l'appel : ..... ..... .....

Notes :



**DOSSIER A DEPOSER AU SERVICE JEUNESSE ET VIE ASSOCIATIVE**

Dossier déposé le :		Dossier traité le	
Reçu par :		Saisi par	
QF date :		Identifiant famille	

- ECOLE**
- ALP**
- CANTINE**
- 100% VACANCES**
- AML**
- 200% ADOS**

**SERVICE JEUNESSE ET VIE ASSOCIATIVE**

**NOM DE FAMILLE DES PARENTS:**

- Nom et prénom Enfant 1 : ..... école .....
- Nom et prénom Enfant 2 : ..... école .....
- Nom et prénom Enfant 3 : ..... école .....
- Nom et prénom Enfant 4 : ..... école .....
- Nom et prénom Enfant 5 : ..... école .....
- Nom et prénom Enfant 6 : ..... école .....

---

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**2019/2020**

**DOC' UNIQUE**

<b>FICHE DE RENSEIGNEMENTS</b>
<b>FICHE ENFANT SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE</b>
<b>FICHE ENFANT EXTRASCOLAIRE (100% VACANCES -AML - 200%ADOS)</b>
<b>FICHE SANITAIRE ENFANT / ADOS</b>

**DOSSIER UNIQUE**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS FOYER**  
**2019/2020**

**REPRESENTANT LEGAL 1** :  Madame  Monsieur  Autre (organisme, tuteur...)

NOM\* : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRÉNOM\* : ..... NÉ(E) LE\* : ..... LIEU DE NAISSANCE\* : .....

ADRESSE\* : N° ..... RUE : .....

CODE POSTAL/LOCALITÉ\* : .....

Téléphone \* : ..... Portable \* : .....

Profession : ..... Adresse employeur: .....

Mail (EN MAJUSCULES) : .....@.....

- Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)  Pacsé(é)  Veuf (ve)  
 En instance de divorce  Autre (précisez) .....

**GARDE ALTERNEE** (cocher la semaine concernée et joindre le jugement de divorce)

**Garde alternée du représentant légal 1 pour facturation** :  semaine paire  semaine impaire.

**Garde alternée du représentant légal 2 pour facturation** :  semaine paire  semaine impaire

**Le paiement** :  foyer  représentant légal 1  représentant légal 2

autre (préciser nom et adresse du tiers) : .....

**FACTURE ET PRELEVEMENT AUTOMATIQUE - ALP UNIQUEMENT**

Souhaitez-vous recevoir une facture par courrier électronique ?  oui  Non

**Pour les activités le permettant, je souhaite payer par prélèvement automatique :**

Foyer  Oui  Non Représentant légal 1  Oui  Non Représentant légal 2  Oui  Non

**REVENUS** : Pour bénéficier d'un tarif adapté, cochez obligatoirement l'option correspondant à votre situation

Je suis allocataire CAF 34, j'indique mon N° .....

Je suis allocataire MSA : j'indique mon N° .....  Autre (précisez) .....

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) .....

- représentant légal 1  autre (précisez) : .....
- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions de fonctionnement des activités.
- M'engage à régler à la ville de Lunel les frais facturés par le service dans les délais exigés.
- Certifie que les renseignements fournis lors de l'inscription sont exacts.
- M'engage à respecter le règlement en vigueur.

Fait le : ..... / ..... / .....

Signature du responsable légal précédée de la mention « Lu et approuvé »

\* champ obligatoire

Conformément à l'article 32 de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir communication, et le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en écrivant à la Mairie de Lunel.

**REPRESENTANT LEGAL 2** :  Madame  Monsieur  Autre (organisme, tuteur...)

NOM\* : ..... NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRÉNOM\* : ..... NÉ(E) LE\* : ..... LIEU DE NAISSANCE\* : .....

ADRESSE\* : N° ..... RUE : .....

CODE POSTAL/LOCALITÉ\* : .....

Téléphone \* : ..... Portable \* : .....

Profession : ..... Adresse employeur: .....

Mail (EN MAJUSCULES) : .....@.....

- Célibataire  Marié(e)  Vie maritale  Divorcé(e)  Séparé(e)  Pacsé(é)  Veuf (ve)  
 En instance de divorce  Autre (précisez) .....

**GARDE ALTERNEE** (cocher la semaine concernée et joindre le jugement de divorce)

**Garde alternée du représentant légal 1 pour facturation** :  semaine paire  semaine impaire.

**Garde alternée du représentant légal 2 pour facturation** :  semaine paire  semaine impaire

**Le paiement** :  foyer  représentant légal 1  représentant légal 2

autre (préciser nom et adresse du tiers) : .....

**FACTURE ET PRELEVEMENT AUTOMATIQUE - ALP UNIQUEMENT**

Souhaitez-vous recevoir une facture par courrier électronique ?  oui  Non

**Pour les activités le permettant, je souhaite payer par prélèvement automatique :**

Foyer  Oui  Non Représentant légal 1  Oui  Non Représentant légal 2  Oui  Non

**REVENUS** : Pour bénéficier d'un tarif adapté, cochez obligatoirement l'option correspondant à votre situation

Je suis allocataire CAF 34, j'indique mon N° .....

Je suis allocataire MSA : j'indique mon N° .....  Autre (précisez) .....

**ATTESTATION**

Je soussigné(e) .....

- représentant légal 2  autre (précisez) : .....
- Atteste avoir pris connaissance des diverses informations et conditions de fonctionnement des activités.
- M'engage à régler à la ville de Lunel les frais facturés par le service dans les délais exigés.
- Certifie que les renseignements fournis lors de l'inscription sont exacts.
- M'engage à respecter le règlement en vigueur.

Fait le : ..... / ..... / .....

Signature du responsable légal précédée de la mention « Lu et approuvé »

\* champ obligatoire

Conformément à l'article 32 de la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez obtenir communication, et le cas échéant, rectification ou suppression des informations vous concernant, en écrivant à la Mairie de Lunel.



# INSCRIPTION SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE FICHE INDIVIDUELLE ENFANT (une fiche par enfant).

ECOLE DE SECTEUR .....  
ECOLE ATTRIBUEE .....

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Sexe:  M  F N° Tél parent : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Département / pays : \_\_\_\_\_

## PRE INSCRIPTION ET INFORMATIONS SCOLAIRES

### Première scolarisation à Lunel

- Entrée en maternelle  
 Entrée en élémentaire pour emménagement à Lunel précisez le niveau .....

### Mon enfant est actuellement scolarisé à Lunel ou a déjà été scolarisé à Lunel

ECOLE : .....

CLASSE : ..... Nom de l'enseignant : .....

- Passage au CP  Autre niveau  Demande de dérogation (joindre la fiche)

**RAPPEL** : votre attestation de pré inscription scolaire vous sera envoyée par courrier.

**Soyez attentif à ce que votre boîte aux lettres soit visible, accessible et à votre nom.**

**Vous devez ensuite vous rendre à l'école avec le certificat reçu pour finaliser l'inscription scolaire.**

## INSCRIPTION OCCASIONNELLE PERISCOLAIRE ET CANTINE

Si votre enfant vient de manière occasionnelle aux ALP et cantine, merci de cocher la case ci-dessous.

- Inscription occasionnelle à la cantine ou au temps périscolaire.

Précisez les jours de présences à la cantine à ELIOR ou sur le site BON'APP.

Pour les temps d'accueil sur le portail famille du site de la ville ou aux directeurs d'ALP.

## INSCRIPTION REGULIERE ET ANNUELLE PERISCOLAIRE ET CANTINE

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
<b>ACCUEIL DU MATIN</b> 7h30 jusqu'à l'entrée à l'école <i>A partir du :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEMPS DE CANTINE</b> Facturation du repas par Elior <i>Date 1er repas :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACCUEIL DU SOIR</b> De la sortie de l'école jusqu'à 18h30 <i>A partir du :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INSCRIPTION ALP ET CANTINE 2019/2020  
A RENOUVELER TOUS LES ANS  
AVANT LE PREMIER JOUR D'ÉCOLE**

**Liste des documents à fournir pour le  
renouvellement d'inscription cantine et ALP**

- **1 Justificatif de domicile de moins de 3 mois.**
- **Les pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant (de la page 90 à 93).**
- **1 attestation d'assurance, responsabilité civile obligatoire 2019/2020.**
- **Attestation CAF ou MSA de moins de 3 mois et copie du dernier avis d'imposition recto verso (pour application du tarif au Quotient Familial).**



**lunel**  
www.lunel.com

## FICHE SANITAIRE ENFANT (une fiche par enfant)

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Sexe:**  M  F

**Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_

**Département :** \_\_\_\_\_

**Pays :** \_\_\_\_\_

**N° Tél parent :** \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**N° Sécurité social :** \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

FOURNIR 1 COPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE (au nom de l'enfant)

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

<input type="checkbox"/> ANGINE	<input type="checkbox"/> ROUGEOLE	<input type="checkbox"/> OTITE	<input type="checkbox"/> VARICELLE
<input type="checkbox"/> COQUELUCHE	<input type="checkbox"/> RUBEOLE	<input type="checkbox"/> OREILLONS	<input type="checkbox"/> SCARLATINE
		<input type="checkbox"/> AUTRES.....	

### ALLERGIES : présence d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

NON  OUI (à joindre à la fiche sanitaire) Date de la signature du PAI : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

**ASTHME :**  NON  OUI

Précisez si un asthme à l'effort ou allergique / s'il y a un traitement de fond : \_\_\_\_\_

**ALLERGIES MÉDICAMENTEUSES :**  NON  OUI

Précisez le nom du médicament et les symptômes en cas d'ingestion: \_\_\_\_\_

**L'enfant porte-t-il des lunettes en permanence :**  NON  OUI (si oui pensez à une boîte pour les ranger en cas de besoin)

**Nom du MEDECIN TRAITANT :** \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DES PARENTS POUR LES SOINS MEDICAUX

Je soussigné(e) (nom et prénom) : \_\_\_\_\_ agissant en qualité de père\*, mère\*, tuteur\* ou tutrice\* de (nom et prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_.

Autorise le personnel à le (la) transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au centre hospitalier le plus proche et le plus adapté ainsi que de lui donner, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état .

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

\* Rayer les mentions inutiles

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature**

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE  
ET/OU AUTORISEES A PRENDRE MON ENFANT EN CHARGE**  
(en dehors du ou des parents mentionnés sur le dossier).

**CONTACT 1**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...).....

A contacter en cas d'urgence  Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone : ..... portable.....

**CONTACT 2**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...).....

A contacter en cas d'urgence  Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone : ..... portable.....

**CONTACT 3**

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... Lien de parenté (oncle, tante, grands-parents...).....

A contacter en cas d'urgence  Autorisé(e) à venir chercher l'enfant

Téléphone : ..... portable.....

**AUTORISATION DE FILMER ET/OU PHOTOGRAPHER MON ENFANT**

J'autorise gracieusement la publication d'images et de vidéos de mes enfants dans la presse locale ainsi que sur les supports de communication de la Mairie.

Je n'autorise pas la publication d'images et de vidéos de mes enfants.

Date ... /.../.....

Signature

**AUTORISATION DE SORTIE**

**MATERNELLES :**

L'enfant ne sera autorisé à sortir de l'école qu'avec les personnes indiquées ci-dessus et sur présentation de la carte d'identité. Les enfants mineurs ne sont pas autorisés à récupérer un enfant sur les temps périscolaires sauf dérogation et document à remplir auprès du personnel des temps périscolaires.

**ELEMENTAIRES, AML ET 100% VACANCES:**

J'autorise mon enfant à partir seul. Je dégage la mairie de Lunel et le personnel de toute responsabilité.

NON je n'autorise pas mon enfant à partir seul.

**200% ADOS:**

J'autorise mon enfant à partir seul après l'activité. Je dégage la mairie de Lunel et le personnel de toute responsabilité.  OUI  NON

J'autorise mon enfant à partir seul après l'activité dépassant 20H. Je dégage la mairie de Lunel et le personnel de toute responsabilité.  OUI  NON

Date ... /.../.....

Signature