

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE

Date réception :
 Par :

Traité le :
 Par :



ANNÉE SCOLAIRE

2023/2024

2024/2025

Code Famille :

FOYER DE^(s) L'ENFANT^(s)

Adulte 1 du foyer: Père Mère Autre :

Adulte 2 du foyer: Père Mère Autre :

1-Célibataire 2-Marié^(e) 3-Union libre 4-Pacsé^(e) 5-Veuf^(ve)
 6-Séparé^(e) 7-Divorcé^(e) - Pour les cas 6 et 7, joindre le justificatif

1-Célibataire 2-Marié^(e) 3-Union libre 4-Pacsé^(e) 5-Veuf^(ve)
 6-Séparé^(e) 7-Divorcé^(e)

Situation familiale : Reporter le numéro ci-dessus correspondant
Garde alternée : OUI* - NON - *Fournir le planning de garde
 △ Chaque parent doit constituer son Dossier Unique d'Inscription

Situation familiale : Reporter le numéro ci-dessus correspondant

NOM d'usage :

NOM d'usage :

NOM de naissance :

NOM de naissance :

Prénom :

Prénom :

Né^(e) le : à :

Né^(e) le : à :

Département/PAYS :

Département/PAYS :

En activité professionnelle : OUI - NON

En activité professionnelle : OUI - NON

Profession :

Profession :

Employeur :

Employeur :

Téléphone pro :

Téléphone pro :

Portable perso:

Portable perso :

Mail : *

Mail : *

Je souhaite recevoir mes factures par mail : OUI* NON (Cocher ci-dessus l'adulte destinataire (1 seul choix possible))

J'autorise le G.E.J. à m'envoyer toute information utile concernant mon enfant par mail/sms OUI - NON

Adresse du foyer :

Code Postal :

Ville :

Assureur :

« les responsables légaux déclarent avoir souscrit à minima une assurance responsabilité civile et être informés de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance des personnes, couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités pratiquées »

Responsabilité Civile n°

Prestations Familiales : CAF MSA Autre : N° Allocataire :

J'autorise le G.E.J. à accéder à mon compte (compte CAF) : OUI - NON

Revenus : Je ne souhaite pas communiquer mes revenus et accepte de ce fait d'être facturé pour toutes prestations en fonction de la grille tarifaire maximum (tranche 8) **Signature :**

disposition non valable pour les MAC/MAF

Autre parent responsable de droit (père ou mère séparé^(e) ou divorcé^(e)) :

NOM : Prénom : NOM naissance :

Né^(e) le : à : Département / PAYS :

Adresse :

Tél : Mail :

RÉCAPITULATIF DES INSCRIPTIONS / ENFANT ^(s)		M.A.C. M.A.F.		A.C.M. Accueil Loisirs	ÉCOLE	CANTINE	Accueil Périscolaire
		Enfant né	Enfant à naître				
Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom :	Prénom :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'INSCRIS MON^(MES) ENFANT^(S) :

« **fiche sanitaire et d'autorisations** » de **chaque enfant obligatoire**
quelle que soit l'inscription demandée.

Si P.A.I., handicap ou pathologie, compléter impérativement la fiche A.P.P.

Joindre obligatoirement les photocopies suivantes :

- **Livret de famille intégral** (parents/enfants) ou l'**acte de naissance intégral** pour chaque enfant concerné
- Pages de **vaccinations** du carnet de santé **à jour** (avec **Nom, Prénom et date de naissance de l'enfant**)
ou **certificat médical** précisant que les **vaccinations** de l'enfant sont **à jour** (obligatoire pour vaccinations étrangères)
- **Assurances** Responsabilité Civile et/ou Individuelle Accident (pour les activités)
- **Justificatif de domicile de moins de 3 mois** : **uniquement** électricité, gaz, eau, loyer, téléphonie fixe/web
- **Justificatif de revenus** : la dernière attestation CAF/MSA ou **autre** mentionnant votre **Quotient Familial**
à défaut, le dernier avis d'imposition recto/verso du foyer fiscal ou des 2 adultes du foyer

Selon l'^(les) inscription^(s) souhaitée^(s) joindre également les pièces ci-dessous :

M.A.C. : Multi Accueil Collectif M.A.F. : Multi Accueil Familial	* L' ^(les) attestation ^(s) de l'employeur de moins de 3 mois - originaux, datés et signés, ou le ^(s) dernier ^(s) bulletin ^(s) de salaire, pour les adultes du foyer * Le formulaire d'Inscription en M.A.C / M.A.F. * Le justificatif de revenus obligatoire
A.C.M : Accueil de Loisirs - Mercredis - Vacances	* L' ^(les) attestation ^(s) de l'employeur de moins de 3 mois - originaux, datés et signés, ou le ^(s) dernier ^(s) bulletin ^(s) de salaire, pour les adultes du foyer * Le formulaire d'Inscription en Accueil de Loisirs mercredis et/ou vacances. * Le Certificat de scolarité <i>(pour les enfants scolarisés dans un Établissement Privé, un Collège ou hors Commune)</i>
Scolaire :	* Le formulaire d'Inscription à l'école * Le certificat de radiation <i>(pour les élèves déjà scolarisés dans une autre ville ou dans un établissement privé)</i>
Cantine Accueil Périscolaire :	* Le formulaire d'Inscription Annuelle Restauration Scolaire / Accueil Périscolaire * Garde Alternée : Le planning de garde détaillé avec semaines et jours de fréquentation

Je soussigné ^(e) , responsable légal^(e) de^(s) l'enfant^(s) cité^(s) ci-dessus, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier unique d'inscription et reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du/des services demandés (*consultable sur le site de la ville ou le Kiosque Famille*) et en accepte toutes ses dispositions.

A Salon-de-Provence, le

Signature :

Tout dossier incomplet sera refusé