

## Renseignements Enfant

**Nom :**

**Prénom :**  **Sexe :** M  F

**Né(e) le :**  /  /  à

**Adresse :**

**Code Postal :**  **Ville :**

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Titulaire CAF <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Titulaire CAF <input type="checkbox"/>
	Nom de jeune fille : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
	Nom marital: <input type="text"/>	
	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
	Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autorité parentale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	✓ En cas de décision de justice limitant l'autorité parentale de l'un des parents, joindre la copie du jugement du juge aux affaires familiales	
Situation familiale	Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> remarié(e) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> remarié(e) <input type="checkbox"/>

**MAIL\* Famille**

\* : Mail utilisé pour la création du portail famille, la validation du règlement intérieur en ligne et les réservations/paiements des services.

Téléphone	Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
	Domicile : <input type="text"/>	Domicile : <input type="text"/>
	Travail : <input type="text"/>	Travail : <input type="text"/>

Adresse (si différente de celle de l'enfant)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	----------------------	----------------------

Frères et sœurs	Nom(s) / Prénom(s)	Date de naissance	Établissement Fréquenté
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### ASSURANCE DE LA FAMILLE (OBLIGATOIRE)

Pour toute participation aux activités municipales, votre enfant doit être couvert par une assurance scolaire ou extra scolaire (obligatoire pour une inscription à l'ALSH durant les vacances scolaires)

**Compagnie :**  **n° police d'assurance :**  **fin de validité :**

Responsabilité Civile  Garantie Individuelle Accident  Tacite Reconduction

Il est recommandé de souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent s'exposer vos enfants en participant aux activités proposées par la Ville de Castelginest.  
La souscription d'une assurance extrascolaire est obligatoire en cas d'inscription à l'Accueil de Loisirs Sans Hébergement durant les vacances scolaires.

**Nom / Prénom du responsable légal**

**Fait à Castelginest le :**  **Signature du responsable légal :**



# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2025/ 2026

## INSCRIPTION AUX SERVICES MUNICIPAUX

### RESTAURATION, ALAE\*, ALSH\*\*

\*ALAE : Accueil de Loisirs Associé aux Écoles  
 \*\*ALSH : Accueil de Loisirs Sans Hébergement

### Renseignements Enfant

Nom :  Né(e) le :  /  /

Prénom :  Sexe : M  F

**1- TARIFICATION EN FONCTION DES RESSOURCES** Cadre réservé à l'administration - Quotient 2025 :  - Quotient 2026 :

**Pour les allocataires de la Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole**  
 Veuillez renseigner votre n° d'allocataire CAF 31 :  ou MSA Midi-Pyrénées Sud :   
 cocher la case suivante :  J'autorise la Mairie de CASTELGINEST à utiliser mon numéro d'allocataire C.A.F. ou M.S.A. pour connaître mon quotient familial et ainsi déterminer quels tarifs me seront appliqués.

Si non allocataire CAF ou MSA, merci de fournir votre dernier avis d'imposition ou de non imposition.

**2- AUTORISATION DE PUBLICATION ET DE DIFFUSION**  
 Autorisez-vous la Mairie de CASTELGINEST à diffuser et à permettre la diffusion par tout média (radio, télévision, presse) ainsi que par tout autre support de communication, des interviews et images prises dans le cadre des activités organisées par les services municipaux concernant les personnes bénéficiaires ci-dessus ? **Oui**  **Non**

**3- TRAITEMENT AUTOMATISE DES INFORMATIONS**  
 En effectuant l'inscription de votre enfant aux services municipaux, vous acceptez l'utilisation de vos données personnelles mentionnées dans ce dossier de manière informatique. En cas de refus, merci de cocher cette case

**4- VIE QUOTIDIENNE SERVICES MUNICIPAUX JEUNESSE**  
 AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) \* **oui**  **non**  Autorisation à rentrer seul : oui  non  Menu : sans viande   
 (\*) Joindre la notification MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

**5- INFORMATIONS SANITAIRES**  
**- VACCINATIONS** : Votre enfant est-il à jour des vaccinations obligatoires : **oui**  **non**

**- Votre enfant est allergique ?** oui  non  - Si oui, fournir un certificat d'allergologue.  
 Préciser l'allergie : - médicamenteuse  - alimentaire  - asthme  - autres   
 Cause de l'allergie :

→ Votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé ?  Merci de le transmettre lors du dépôt du DUI.

**- Votre enfant suit un traitement**, ou présente un **problème de santé** nécessitant une surveillance particulière : - maladie, accident, hospitalisation, opération (à préciser en indiquant les dates) :

**6-PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)**

NOM /Prénom	Téléphone	Qualité	Autorisations
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> À prévenir en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> À prévenir en cas d'urgence
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> À prévenir en cas d'urgence

Je soussigné,  responsable légal de l'enfant, déclare exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable d'établissement à prendre, en cas d'urgence, les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature obligatoire :  Date :