

# DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION 2023/2024

**(Renouvellement des services municipaux Restauration, ALAE\*, ALSH\*\*)**

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

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Titulaire CAF <input type="checkbox"/> Autorité parentale <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Titulaire CAF <input type="checkbox"/> Autorité parentale <input type="checkbox"/>
<b>Situation familiale :</b> Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Séparés <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	
Portable : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone travail : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Téléphone travail : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse(s) : <input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>Si adresse différente</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>
MAIL : <input style="width: 95%;" type="text"/>	

Renseignement(s) Enfant(s) / Adulte(s) Adhérent(s)					Services Municipaux Restauration et ALAE (Mercredi inclus)	ALSH (Vacances Scolaires)	ALSH « Castel Ados » C.L.A.C.	École Municipale de Musique C. Nougaro	Crèche Collective	Multi-Accueil
Noms / Prénom	Né le	M	F	<i>Inscriptions soumises à un accord préalable.</i>						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TARIFICATION EN FONCTION DES RESSOURCES**  
 Pour les allocataires de la Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole :

Cadre réservé à l'administration - Quotient 2023 :  - Quotient 2024 :

- Veuillez renseigner votre n° d'allocataire CAF 31 ou MSA. Midi-Pyrénées Sud  et 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.

**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**

**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

**Vie Quotidienne Services Jeunesse et Petite Enfance :**

Enfant bénéficiant de L'AEEH \*\*\* oui  non   
 Prénom(s) :

Allergie (PAI) (Si oui, Fournir un certificat) oui  non   
 Prénom(s) :

Renouvellement PAI : oui  non   
 Prénom(s) :

Menu : sans viande   
 Prénom(s) :

Autorisation à rentrer seul : oui  non   
 Prénom(s) :

\*\*\*AEEH : Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

**DÉCLARATION SUR L'HONNEUR**

Je soussigné(e)  certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription et reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription.

**Signatures des responsables légaux :**

**Date :**



# FICHE INDIVIDUELLE ENFANT



## Renouvellement (Compléter une fiche par enfant)

### 1-RENSEIGNEMENT ENFANT

Nom :  Prénom :

### 2-ASSURANCE (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)

Cette assurance concerne-t-elle tous les enfants du foyer ? Oui  Non  Si oui, il n'est pas nécessaire de compléter la partie assurance des autres fiches

Compagnie :  n° Police d'assurance :  fin de validité :

Responsabilité Civile  Garantie Individuelle Accident

La souscription d'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 est vivement conseillée.

### 3-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) :

### 4-PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À RÉCUPÉRER LE OU LES ENFANT(S) (AUTRES QUE LES PARENTS)

Cette liste concerne t-elle tous les enfants du foyer OUI  NON  Si oui, il n'est pas nécessaire de compléter cette partie sur les autres fiches

NOM / Prénom	Téléphone	Qualité	Autorisations (Pièces d'identités à présenter)
<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
Dérogation <input type="text"/>	<del>XXXXXXXXXX</del>		Personnes Mineures de moins de 16 ans autorisées à récupérer l'enfant

5- 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 :

### Mentions légales

Les informations mentionnées dans les formulaires sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion des structures scolaires, périscolaires, extrascolaires et petite enfance. Les destinataires des données sont les services municipaux de la Mairie de Castelginest, la Caisse d'Allocations Familiales de la Haute-Garonne, la MSA Midi-Pyrénées Sud (la sécurité sociale agricole), le Service de Gestion Comptable de Toulouse Couronne-Est à BALMA, l'Académie de Toulouse, le Conseil Départemental de la Haute-Garonne et toute autre organisme uniquement à la demande de l'intéressé. Les durées de conservation de ces données à caractère personnel respectent les normes réglementaire applicables. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données, le droit d'opposition au traitement ou d'obtenir la limitation des traitements et de la portabilité de vos données personnelles, ainsi que de droits relatifs aux informations d'une personne décédée.

Pour exercer ces droits, vous devez adresser votre demande : Par courriel à [dpd@mairie-castelginest.fr](mailto:dpd@mairie-castelginest.fr) ou par adresse postale à :

- MAIRIE DE CASTELGINEST - A l'attention du Délégué à la Protection des Données ,

Grand'Place du Général de Gaulle - CS 20243 - 31142 CASTELGINEST.

Vous pouvez, à tout moment, porter réclamation devant l'autorité de contrôle compétente,

La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), sur le site internet : - [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)