

## Inscription scolaire

Niveau de l'enfant à la rentrée (ex : petite section, CP, CE1...) :

Pour les enfants entrant en TPS/PS, préciser le mode d'accueil précédent :

collectif  
(crèche, halte-garderie)

individuel  
(ass.maternelle, babysitter...)

familial

## Etat civil de l'enfant

Nom : Prénom : Sexe : F M

Né(e) le : Lieu de naissance :  
(commune + département)

Adresse de l'enfant :

## Responsables légaux de l'enfant (choisir le payeur principal)

### PARENT - RESPONSABLE LÉGAL 1

Nom :  
Nom marital :  
(nom d'usage)  
Prénom :  
Adresse :  
(si différente de celle de l'enfant)

Tél. domicile :

Tél. portable :  
(obligatoire)

E-mail :  
(obligatoire pour la création de l'Espace Famille)

Autorité parentale : oui non

Payeur principal : oui non

### PARENT - RESPONSABLE LÉGAL 2

Nom :  
Nom marital :  
(nom d'usage)  
Prénom :  
Adresse :  
(si différente de celle de l'enfant)

Tél. domicile :

Tél. portable :  
(obligatoire)

E-mail :  
(obligatoire pour la création de l'Espace Famille)

Autorité parentale : oui non

Payeur principal : oui non

→ Pour toute situation particulière en matière de garde d'enfant, fournir le document officiel mentionnant les termes de celle-ci. À défaut de jugement, fournir une attestation co-signée par les deux responsables de l'enfant, en précisant le calendrier de garde pour l'année jusqu'au 31/08/2026.

## Autre responsable de l'enfant (foyer, famille d'accueil,...)

Nom : Prénom :  
Autorité parentale : oui non Payeur principal : oui non

Adresse :

Tél. domicile : Tél. portable : E-mail :  
(obligatoire) (obligatoire)

## Contacts en cas d'urgence (autres que les responsables légaux et par ordre de priorité)

**!** Aucun enfant scolarisé en maternelle, en cours préparatoire et en cours élémentaire ne pourra sortir seul ou être remis à une personne de moins de 16 ans.

**A** = personne autorisée à récupérer votre enfant

**B** = personne à prévenir en cas d'urgence

**A** et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :  
(avec l'enfant)

**A** et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :  
(avec l'enfant)

**A** et/ou **B** Nom : Prénom : Tél. : Lien :  
(avec l'enfant)

## Autorisations

Après les activités : j'autorise je n'autorise pas mon enfant à regagner seul le domicile

Droit à l'image : j'autorise je n'autorise pas la captation / l'utilisation de l'image de mon enfant  
par la collectivité Grand Auch Cœur de Gascogne/ Ville d'Auch

## Restauration scolaire

Mon enfant mange-t-il à la cantine :

jamais

parfois

toujours

réservation repas effectuée par le service EEJ pour toute l'année et annulation à effectuer par la famille sur l'Espace famille (15 jours avant).

Régime alimentaire :

carné

(tous types de viandes : poulet, porc, bœuf...)

alternatif

(non carné avec complément protéinique)

## Facturation mensuelle

Facturation séparée :

oui

non

→ En cas de garde alternée, fournir le calendrier de garde pour l'année jusqu'au 31/08/2026

Envoi postal de la facture :

oui

non

→ Les factures sont disponibles en ligne dans votre espace famille.

Modalités de paiement :

- **prélèvement automatique**
- en ligne sur l'espace famille
- au service EEJ : chèque à l'ordre « Education Ville d'Auch », CB, numéraire et CESU - le règlement par CESU ne s'applique pas à la restauration scolaire.

oui

non

→ Fournir un RIB pour une 1<sup>ère</sup> demande ou si changement de coordonnées bancaires.

## Prestations sociales

Nom de l'allocataire :

N° d'allocataire :

CAF du Gers uniquement

Organisme :

(CAF, MSA, particulier,...)

L'indication du numéro d'allocataire (CAF du Gers uniquement) permet à l'administration d'accéder directement à vos ressources auprès de la CAF du Gers et de vous faire bénéficier de tarifs modulés en fonction de celles-ci. En l'absence de ce numéro, le tarif plein sera appliqué.

Si vous êtes allocataire de la CAF d'un département autre que le Gers ou de la MSA, fournir la dernière attestation de Quotient Familial mensuel.

Pour les personnes accompagnées par des organismes sociaux, fournir une attestation de ressources signée de l'organisme. En l'absence de celle-ci le tarif plein sera appliqué.

Nous soussignés :

(noms, prénoms)

Responsables légaux de l'enfant, (nom, prénom)

attestons sur l'honneur être titulaires de l'autorité parentale, certifions que notre enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile » et « individuelle accident » sur le temps scolaire (inscription scolaire),

certifions que notre enfant est couvert par une assurance « responsabilité civile » hors temps scolaire et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels (inscription extrascolaire),

autorisons la Ville d'Auch et Grand Auch Cœur de Gascogne à prendre en compte notre quotient familial via la Caisse d'Allocations Familiales du Gers (CAFPRO),

certifions exacts les renseignements portés sur ce dossier, déclarons avoir pris connaissance des règlements intérieurs de la restauration scolaire et des accueils de loisirs périscolaires.

Fait à :

Le :

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

Signature autre responsable légal :

## Obligatoire : documents à joindre au dossier

**Copie du livret de famille** (renseignements parents et enfant)

Ou extrait d'acte de naissance de l'enfant (pour une 1<sup>ère</sup> inscription)

**Copie du justificatif de domicile** de moins de 3 mois

Ex: quittance de loyer/bail, facture : électricité, gaz ou eau.

**Si l'enfant est en garde alternée :** justificatif de domicile de la mère et du père

**Parents séparés / divorcés**

Copie du jugement signifiant les modalités de garde de l'enfant.

**À défaut de jugement, fournir une attestation co-signée par les 2 responsables de l'enfant, en précisant le calendrier de garde.**

**Si l'enfant ne vit pas au domicile d'un des parents, fournir un document justificatif de prise en charge de l'enfant par un tiers.**

**Attestation d'assurance** (remettre au plus tard le jour de la rentrée)

- Responsabilité civile
- Individuelle accident couvrant le temps scolaire / périscolaire / extra-scolaire (selon les inscriptions demandées)

**Fiche sanitaire** remplie et signée

- Copie du carnet de santé et des vaccinations à jour

**Copie de l'attestation de droits** (sécurité sociale, CMU)

**Dernière attestation de Quotient Familial mensuel / attestation ressources**

- Pour les allocataires CAF d'un département autre que le Gers
- Pour les allocataires MSA

**Prélèvement automatique**

- Fournir un RIB pour une 1<sup>ère</sup> demande ou si changement de coordonnées bancaires.



**Vos codes d'accès à l'espace famille** sont envoyés par mail après traitement du dossier.

**Toute modification ou changement (maladie, situation familiale, adresse, téléphone,...) doit être immédiatement signalé au service « Education, de l'enfance à la jeunesse » au 05 62 61 42 60 ou [enfance.jeunesse@grand-auch.fr](mailto:enfance.jeunesse@grand-auch.fr) et à l'école de l'enfant.**

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de l'éducation nationale, « Base élèves 1<sup>er</sup> degré ». Le maire de la commune est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du service « Education, de l'enfance à la jeunesse » de la Ville d'Auch et de Grand Auch Cœur de Gascogne, 1 rue Darwin 32000 AUCH (tél : 05 62 61 42 60) ainsi qu'auprès du directeur d'école, de l'inspecteur de l'éducation nationale de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale, dans les conditions définies par les articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

# FICHE SANITAIRE

À joindre au DOSSIER UNIQUE DE RENSEIGNEMENTS  
2025-2026



NOM :

PRÉNOM :

## Vaccinations

### VACCIN OBLIGATOIRE

DATE de la dernière injection

DTP (Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite)

### VACCINS RECOMMANDÉS

DATE de la dernière injection

ROR\* (Rubéole - Oreillons - Rougeole)

Coqueluche\*

Haemophilus\*

Meningocoque C\*

Hépatite B\*

Influenza B\*

BCG\*

→ \* **Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.**

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, ils doivent être réalisés dans les 3 mois suivant l'inscription.**

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

→ **Obligatoire : joindre une copie du carnet de santé ou des certificats de vaccination.**

## Renseignements concernant le mineur

L'enfant suit-il un traitement ?

oui

non

Lequel :

L'enfant a-t-il déjà eu une intolérance ou allergies suivantes ?

Alimentaire

oui

non

Médicamenteuses

oui

non

Autres (animaux, plantes, pollen...)

oui

non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

Le mineur présente-t-il des problèmes de santé particuliers ?

oui

non

Nécessitant une transmission d'information médicales, des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter.

Ex : maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...

L'enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I ?

oui

non

→ Si oui, merci de fournir une copie du PAI.

L'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance MDPH ?

oui

non

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

Rubéole

oui non

Varicelle

oui non

Angine

oui non

Coqueluche

oui non

Asthme

oui non

Oreillons

oui non

Otite

oui non

Rougeole

oui non

Scarlatine

oui non

Rhumatisme

oui non

## Recommandations des parents

---

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne etc....

## Responsables du mineur

---

### À JOINDRE EN PRIORITÉ EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tel. professionnel :

#### MÈRE

Nom :

Prénom :

Tél. portable :  
*(obligatoire)*

#### PÈRE

Nom :

Prénom :

Tél. portable :  
*(obligatoire)*

#### MÉDECIN TRAITANT

Nom :

Téléphone:

**N° SÉCURITÉ SOCIALE DONT DÉPEND L'ENFANT** *(OBLIGATOIRE)*

## Signature

---

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé du mineur.

**Date**

**Signature** du ou des responsables légaux

