FICHE D'INSCRIPTION

2026 – 2027

ALP Maternel ou Primaire

7ENFANT :

NOM : _____ **PRÉNOM** : _____

Date de Naissance : _____/_____/_____ **Lieu de Naissance** : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Etablissement Scolaire : _____

Particularités (allergies, régimes...) _____

Nom et Coordonnées du Médecin Traitant : _____

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) : Oui ☐ Non ☐ ***(si oui joindre obligatoirement une copie du PAI)***

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) : Oui ☐ Non ☐

(si oui joindre obligatoirement une copie de la Notification)

RESPONSABLE LEGAL *(porteur du dossier)* :

Père ☐ Mère ☐ Famille d'Accueil ☐ Autre : _____

NOM : _____ **PRÉNOM** : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

Adresse Mail : _____

Situation Familiale :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Union Libre ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐

Régime Allocataire : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ N° d'Allocataire : _____

RESPONSABLE LEGAL 2 :

Père ☐ Mère ☐ Famille d'Accueil ☐ Autre : _____

NOM : _____ **PRÉNOM** : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile : _____ Travail : _____ Portable : _____

Adresse Mail : _____

Situation Familiale :

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Union Libre ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐

Régime Allocataire : CAF ☐ MSA ☐ Autre ☐ N° d'Allocataire : _____

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RÉCUPÉRER L'ENFANT :

M. ou Mme_____ ☏ : _____
M. ou Mme_____ ☏ : _____
M. ou Mme_____ ☏ : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE *(hors responsables)* :

M. ou Mme_____ ☏ : _____
M. ou Mme_____ ☏ : _____

AUTORISATIONS :

- Laisser partir seul de l'ALP **mon enfant scolarisé en Primaire** : Oui ☐ Non ☐
- Utiliser l'image et la voix de mon enfant sur les différents supports de communication de l'ALP *(presse, plaquette, site internet de la Ville...)* Oui ☐ Non ☐
- Participer aux diverses activités sportives Oui ☐ Non ☐
- En cas d'urgence médicale prodiguer les soins liés à son état *(traitement, hospitalisation...)* Oui ☐ Non ☐

DOCUMENTS À FOURNIR :

☐ Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé

☐ Attestation d'assurance en Responsabilité Civil Scolaire/Extrascolaire

☐ Attestation CAF/MSA de quotient familial de janvier 2026 ou dernier avis d'imposition complet pour les familles ne bénéficiant pas de prestations de la CAF/MSA

☐ Cotisation annuelle ALP (maternel – primaire) : 40.00 €

☐ En cas de divorce/séparation joindre impérativement l'extrait du jugement concernant la garde de l'enfant

DECLARATION SUR L'HONNEUR :

M. ou Mme_____atteste sur l'honneur l'exactitude des données apportées au dossier et m'engage à signaler tout changement, ainsi que d'avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALP Maternel ou Primaire et m'engage donc à le respecter.

Fait à Bédarieux,
Le _____/_____/_____

Signature du Responsable Légal,
(précédée de la mention « lu et approuvé »)