

Maternelle  Elémentaire

Ecole : \_\_\_\_\_

Niveau \_\_\_\_\_

Demande de dérogation \_\_\_\_\_

❖ **Représentant 1**  
 Responsable Légal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

➤ **Situation familiale des parents**

Célibataire  Marié(e)s  Pacsé(e)s  Union Libre

Divorcé(e)s  Séparé(e)s  Veuf (ve)

En cas de divorce ou de séparation, le droit de visite est-il accordé à l'autre parent ?

Oui  Non (fournir le jugement refusant ce droit)

○ Cas de garde exclusive (fournir le jugement)

Nom et Prénom du responsable légal exerçant la garde : \_\_\_\_\_

Cadre réservé à l'administration

**Pièces justificatives**

- Livret de famille **ou**  Acte de naissance
- Carnet de Santé **ou**  Justificatif de vaccination à jour
- Justificatif de domicile **ou**  Attestation d'hébergement (pièce d'identité de la personne qui héberge la famille)
- Attestation d'assurance de l'enfant
- Attestation caf ou avis d'imposition (pour le calcul des factures à renouveler à chaque année scolaire)

Si votre enfant a déjà été scolarisé merci de fournir un certificat de radiation à l'école.

**Identité de l'enfant**

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin

❖ **Représentant 2**  
 Responsable Légal

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Employeur \_\_\_\_\_

Tél employeur \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

➤ **Autres personnes à contacter en cas d'urgence**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

☎ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

A renseigner pour une première inscription en école maternelle :

Votre enfant a fréquenté un de ces modes d'accueils :

Assistante Maternelle

Crèche



Autres **Précisez** : \_\_\_\_\_

## INSCRIPTIONS

**Vous souhaitez inscrire votre enfant à la Restauration Scolaire :**

\*Règlement intérieur consultable via « Mon Espace en ligne » ou disponible à l'Espace famille



**Merci de préciser les jours :**

Lundi     Mardi     Jeudi     Vendredi     Régulier ou  Occasionnel

### Périscolaire (A partir de 32 mois)

Matin 7h30/8h30     Soir 16h30/18h30

### Petites vacances – Pré-inscription (A partir de 3 ans)

Pierre Sémard     Paul Louis Courier  
Entourez les jours et précisez la formule ci-dessous :

**1 seule formule/semaine :**

**Vous devez confirmer l'inscription aux ouvertures des réservations  
(Voir Informations pratiques)**

### Mercredi

Pierre Sémard     Paul Louis Courier

**Formule N° : \_\_\_\_\_**

### Formules

N° 1 Journée 7h30/18h30  
N° 2 Demi-journée matin 7h30/12h00  
N° 3 Matin avec repas 7h30/13h00  
N° 4 Demi-journée après-midi 13h30/18h30  
N° 5 Demi-journée avec repas 12h00/18h30

Mon enfant fréquentera l'accueil tous les mercredis  
 Mon enfant viendra occasionnellement

Vacances Toussaint Octobre-Novembre	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
Semaine 1	21	22	23	24	25	
Semaine 2	28	29	30	31	1	
Vacances d'Hiver Février	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
Semaine 1	10	11	12	13	14	
Semaine 2	17	18	19	20	21	
Vacances Printemps Avril	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
Semaine 1	7	8	9	10	11	
Semaine 2	14	15	16	17	18	

### Autorisations :

- J'autorise mon enfant à être soigné, hospitalisé en cas d'urgence.
- J'autorise la commune de Saint Pierre Des Corps à transmettre mon attestation d'assurance à l'autre partie en cas d'accident survenu sur les temps périscolaires et extrascolaires impliquant mon enfant.
- J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de photos, enregistrements vidéo et sonores.
- J'ai pris acte des différentes dispositions des règlements intérieurs consultables sur « Mon Espace en Ligne » ou disponibles à l'Espace Famille et m'engage à les respecter.
- J'autorise mon enfant à utiliser les transports en communs lors des sorties des accueils de loisirs
- J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisirs

**J'autorise les personnes suivantes à venir récupérer mon enfant sur l'accueil de loisirs (+ 15ans)**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

**Je soussigné(e),..... Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées dans ce dossier, avoir donné tous les renseignements nécessaires et m'engage à signaler tout changement de situation.**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

Nom de l'enfant _____	Prénom _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Lieu de naissance : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Habitude alimentaire : <input type="checkbox"/> Sans Porc <input type="checkbox"/> Sans Viande

❖ **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

➤ **Vaccins obligatoires**

• Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite-Coqueluche-Haemophilus influenzae b

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➤ **Vaccins recommandés :**

• Hépatite B

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Rubéole Oreillons Rougeole

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• BCG

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

• Autres Précisez .....

Dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Votre enfant a déjà eu les maladies suivantes** Cochez la case correspondante

Rubéole

Varicelle

Scarlatine

Oreillons

Coqueluche

Otite

Médecin traitant \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Votre enfant présente une allergie ou un risque de réactions allergiques**

ASTHME  OUI MEDICAMENTEUSES  OUI

ALIMENTAIRE  OUI AUTRES \_\_\_\_\_

*Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication le signaler et joindre l'ordonnance*

*Toutes les allergies devront être justifiées par un document médical*

*Conduite à tenir* \_\_\_\_\_

**Votre enfant est porteur d'un handicap, ou suivi pour un problème de santé nécessitant des conditions d'accueil personnalisées**

*(PAI) Précisez ou allergies*

*Précautions à prendre* \_\_\_\_\_

**Recommandations utiles des parents (difficultés de santé, opérations, rééducations, lunettes, prothèses, ...)**

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Je soussigné(e), ..... Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées sur cette fiche, avoir donné tous les renseignements nécessaires, autoriser le (la) directeur (trice) à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et m'engage à signaler tout changement de situation.**

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature

## Année scolaire 2024/2025



### *Vacances scolaires*

**Rentrée des élèves le lundi 2 septembre 2024**

**Vacances de la Toussaint : du samedi 19 octobre au lundi 4 novembre 2024**

**Vacances d'hiver : du samedi 8 février au lundi 24 février 2025**

**Vacances de printemps : du samedi 5 avril au mardi 22 avril 2025**

**Vacances d'été le samedi 5 juillet 2025**

### **LES ACCUEILS PERISCOLAIRES**

*Accueil sur chaque école*

*Inscription périscolaire à partir de 32 mois*

Accueil réservé aux enfants fréquentant l'école.

**Matin** : lundi, mardi, jeudi et vendredi à partir de 7h30.

**Soir** : lundi, mardi, jeudi et vendredi de 16h30 à 18h30.

*\* Pour l'accueil du soir, l'accueil des enfants s'effectue exclusivement à 16h30, dès la sortie des classes. Le goûter est fourni et compris dans le prix de l'heure.*

### **LES PAUSES MERIDIENNES**

Encadrés et animés par nos équipes d'animateurs.

Le lundi, mardi, jeudi et vendredi de 11h30 à 13h20

### **LES ACCUEILS DE LOISIRS**

*Inscription aux accueils de loisirs à partir de 3 ans*

#### **- MERCREDI**

*ALSH Pierre Sénard/Paul Louis Courier*

Accueil tous les mercredis de l'année scolaire

#### **- PETITES VACANCES (hors Noël)**

*ALSH Pierre Sénard/Paul Louis Courier*

Accueil sur les périodes de petites vacances d'Automne, Hiver et Printemps.

Confirmation de l'inscription avant chaque période de vacances pour valider l'inscription.

### Formules

N° 1 Journée	7h30/18h30
N° 2 Demi-journée matin	7h30/12h00
N° 3 Matin avec repas	7h30/13h00
N° 4 Demi-journée après-midi	13h30/18h30
N° 5 Demi-journée avec repas	12h00/18h30

Comment et quand s'inscrire ?  
**Ouvertures des réservations :**

*Inscription uniquement le matin*

- **Vacances de la Toussaint** : Du 16 septembre au 27 septembre 2024 –  
Permanence le mardi 14/09/2024 jusqu'à 19h00.
- Pas d'accueil pour les petites vacances de Noël.
- **Vacances d'Hiver** : Du 06/01/2025 au 17/01/2025 –  
Permanence le mardi 14/01/2025 jusqu'à 19h00.
- **Vacances de Printemps** : Du 03/03/2025 au 11/03/2025 –  
Permanence le mardi 11/03/2025 jusqu'à 19h00.
- **Vacances d'Été** : Du 12/05/2025 au 30/05/2025-  
Permanences les mardis 20/05/2025 et 27/05/2025 jusqu'à 19h00.

**INSCRIPTIONS**

*Espace famille*

*38 Avenue de la République*

*37700 SAINT PIERRE DES CORPS*

*02.47.63.43.68*



Créez votre compte et inscrivez votre enfant aux activités commençant en septembre  
<https://www.espace-citoyens.net/saintpierredescorps/espace-citoyens/>

Vous devez fournir à l'inscription :

- Le numéro d'allocataire CAF ou la photocopie du bulletin d'imposition (si régime non général)
- La copie des vaccinations à jour (Le DT POLIO est le **vaccin obligatoire** pour la collectivité)
- Une attestation d'assurance au nom/prénom de l'enfant
- En cas d'allergies ou autres : le PAI ou justificatif médical
- Une fiche sanitaire (à remplir lors de l'inscription)



Accueils de loisirs :

- Pierre Séward : 02.47.44.40.05
- Paul Louis Courier : 02.47.46.47.83