

FICHE D'INSCRIPTION

Année scolaire/.....

☐ Maternelle ☐ Élémentaire

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 _____ / _____ / _____

Lien 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**



M

veuillez 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 Sébard ☐ 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 (A partir de 3 ans)

☐ Pierre Sébard ☐ 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	19	20	21	22	23	
Semaine 2	26	27	28	29	30	
Vacances d'Hiver Février-Mars	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
Semaine 1	22	23	24	25	26	
Semaine 2	1	2	3	4	5	
Vacances Printemps Avril	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
Semaine 1	19	20	21	22	23	
Semaine 2	26	27	28	29	30	

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
- Rubéole Oreillons Rougeole
- BCG
- Autres Précisez

Dernier rappel : ____ / ____ / ____

Dernier rappel : ____ / ____ / ____

Dernier rappel : ____ / ____ / ____

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-il porteur d'un handicap reconnu par la MDPH, bénéficiaire de l'AEEH, ou suivi pour un problème de santé nécessitant un accueil individualisé (PAI) ?
☐ Oui ☐ Non

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