

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 _____ / _____ / _____

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 (A partir de 3 ans)

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	20	21	22	23	24	
Semaine 2	27	28	29	30	31	
Vacances d'Hiver Février	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
Semaine 1	16	17	18	19	20	
Semaine 2	23	24	25	26	27	
Vacances Printemps Avril	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Formule*
Semaine 1	13	14	15	16	17	
Semaine 2	20	21	22	23	24	

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 : Féminin Masculin **Habitude alimentaire** : Sans Porc 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 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