

# FICHE D'INSCRIPTION Année scolaire 2020-2021

Cadre réservé à l'administration

## Ecole maternelle de secteur

Niveau \_\_\_\_\_

Demande de dérogation

### ❖ Responsable 1

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

Responsable Légal

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

Employeur \_\_\_\_\_

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

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

### ➤ 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 : \_\_\_\_\_

### ➤ Restauration Scolaire

Forfait 4 jours

Régulier  1 jour  2 jours  3 jours

Précisez les jours

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
-------	-------	-------	----------

Occasionnel

Habitude alimentaire sans Porc

► Mon enfant ne mange pas au Restaurant scolaire

Il reviendra sur l'école  à 13h30  à 14h15

## Identité de l'enfant

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 201\_\_\_\_\_

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

Sexe  Féminin  Masculin

### ❖ Responsable 2

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

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

☎ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

Responsable Légal

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

Employeur \_\_\_\_\_

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

N° alloc CAF \_\_\_\_\_

### ➤ Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

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

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

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

### ✍ Horaires des écoles maternelles

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
8h30-11h30	Classe				
11h30-13h30	Pause déjeuner			Pause déjeuner	
13h30-14h15	Activités périscolaires			Activités périscolaires	
14h15-16h30	Classe			Classe	

Sur chaque école il y a un accueil périscolaire le matin à partir de 7h30 et le soir jusqu'à 18h30 le mercredi après-midi à partir de 11h30 et jusqu'à 18h30

Renseignements auprès de l'association du Patronage Laïque

NOM ..... PRENOM .....

❖ **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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Si l'état de santé de votre enfant le nécessite, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) devra être établi avec le (la) Directeur(trice) de l'Ecole, le Responsable du Restaurant Scolaire, le Médecin scolaire et l'ATSEM Référent(e)*

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

*Précisez les précautions à prendre*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

➤ N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_

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

➤ Assurance Extrascolaire \_\_\_\_\_ Mutuelle \_\_\_\_\_

❖ **AUTORISATIONS**

*J'autorise les prises de vue de mon enfant et la diffusion de photos, enregistrements vidéos et sonores*

*J'autorise le (la) directeur (trice) à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence*

**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