

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2019 / 2020 SCOLAIRE - PÉRISCOLAIRE - EXTRASCOLAIRE

**Le dossier doit être ramené en mairie dûment rempli et accompagné des pièces demandées avant le 31/05/2019.**

## PIECES A FOURNIR

1. Justificatif de domicile. (*datant de moins de trois mois*)
2. Livret de famille.
3. Carnet de santé de l'enfant (*vaccinations*)
4. Attestation d'assurance responsabilité civile. (année scolaire 2019 / 2020)
5. Dernier avis d'imposition ou de non-imposition permettant de déterminer le quotient familial.
6. Attestation CAF ou MSA.
7. Justificatif de prise en charge. (Comité d'entreprise ou autres organismes ex : Temps libre, Pass accueil ...)
8. Une photo d'identité de l'enfant.
9. Certificat de radiation pour les nouveaux arrivants.
10. En cas de séparation ou de divorce, photocopie de l'extrait de jugement relatif à l'exercice de l'autorité parentale.
11. Acte d'engagement du règlement intérieur.

## **Tout dossier incomplet ne pourra pas être pris en compte**

**Les photocopies doivent être faites à l'avance, aucune copie ne sera effectuée sur place. L'enfant ne pourra pas accéder aux services de la commune tant que le dossier d'inscription ne sera pas complet.**

*Merci de votre compréhension*

**Les réunions d'information se dérouleront le 06 juin 2019 :**

**Périscolaire de 17h30 à 18h :** Madame Azema, directrice du périscolaire, vous présentera l'**organisation périscolaire** ainsi que le fonctionnement du **portail famille**.

**Maternelle de 18h à 19h :** Pour les futures **petites sections** et les **nouveaux arrivants**, madame Valentin, directrice de l'école maternelle vous recevra dans la classe de PS.

**Élémentaire de 18h à 19h :** Pour les futures **CP** et les **nouveaux arrivants**, le directeur de l'école élémentaire, monsieur Filéri vous recevra dans la classe de CM2.

## Fiche individuelle

Prénom :

Nom :

Sexe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Ecole ou accueil de loisirs :

Classe ou groupe d'âges

### Informations médicales

Nom du médecin :

Téléphone du médecin :

Protocole d'accueil individualisé :

### Assurance

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Prénom

Nom

Lien de parenté

Téléphone

Mobile

### Informations complémentaires

Autorise à partir seul

oui

non

Autorise l'hospitalisation en cas d'urgence

oui

non

Autorise la prise de photo

oui

non

Autorise la participation aux sorties scolaires

oui

non

Port de lunettes

oui

non

Port d'un appareil dentaire

oui

non

Port d'un appareil auditif

oui

non

### Pratiques alimentaires

Type de régime

Commentaires

## Données complémentaires

lieu de naissance

N°de sécu de l'enfant

Date et signature

## Fiche de la famille

### Responsable

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

#### Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

#### Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

#### Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles\* :

Employeur :

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

#### Organismes Tiers

N° CAF :

N° MSA :

Régime\* :

\* Régime agricole / Régime général / Hors régime général

#### Autorisations

Information par mail\* :

Information par SMS\* :

\* Oui / Non

### Conjoint

Civilité : Prénom : Nom :

#### Situation

Qualité\* : Situation familiale\*\* :

\* Père / Mère / Belle-mère / Beau-père /

\* Marié / Séparé / Divorcé / Veuf / Concubin / Célibataire / Union libre / Pacsé

## Adresse

Adresse :

Code postal :

Ville :

## Coordonnées

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Courriel :

Téléphone mobile :

## Profession

Profession :

Catégories socio-professionnelles : \*

Employeur :

Adresse :

\* Agriculteurs exploitants / Artisans, commerçants et chefs d'entreprise / Autres personnes sans activité professionnelle / Cadres et professions intellectuelles supérieures / Employés / Ouvriers / Professions intermédiaires / Retraités

## Autorisations

Information par mail \* :

Information par SMS \* :

\* Oui / Non

## Données complémentaires

Date et signature

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS ( se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :  
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ :

---

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

---

## Fiche d'inscription : 2019/2020

Etablissement : Ecole Elémentaire Emile MASSIO

### ALAE MATIN

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### ALAE MERCREDI APRES-MIDI

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### ALAE MERCREDI REPAS

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### ALAE SOIR

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### REPAS ELEMENTAIRE

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

Etablissement : Ecole Maternelle ARC EN CIEL

### ALAE MATIN

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle

### ALAE MERCREDI APRES-MIDI

- Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

- Inscription occasionnelle



ALAE MERCREDI REPAS

Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Inscription occasionnelle

ALAE SOIR

Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Inscription occasionnelle

REPAS MATERNELLE

Inscription annuelle régulière. Planning semaine à cocher

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche

Inscription occasionnelle

Date et signature

# ACTE D'ENGAGEMENT AU RESPECT DU REGLEMENT INTERIEUR

Engagement des responsables légaux :

Je soussigné(e) : (préciser père – mère ou tuteur légal)

- Madame .....

- Monsieur.....

reconnaissons avoir pris acte du \*« Règlement intérieur de l'Accueil de Loisirs Associé à l'Ecole et des temps périscolaires », et engageons notre responsabilité quant au respect des consignes établies dans le document.

Signature :

A ..... le .....

Le Père  
Lu et approuvé, bon pour accord

La Mère  
Lu et approuvé, bon pour accord