

ETABLISSEMENT
SCOLAIRE

HENRI BARBUSSE
LOUIS ARAGON

IDENTIFIANT FAMILLE

DOSSIER D'INSCRIPTION

à retourner en Mairie

ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018

RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PÉRISCOLAIRE / PASS' TON MERCREDI

NOM DE LA FAMILLE :



PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :

Encadré réservé à l'administration

- Carte d'identité de l'enfant ou livret de famille
- Justificatif de domicile
- Avis d'imposition 2016 (revenus 2015) du foyer fiscal
- Attestation d'assurance (scolaire et/ou extrascolaire, responsabilité civile)
- Attestation sur l'honneur (pour les parents isolés)
- Attestation(s) employeur(s) (Pass' ton Mercredi)

INFORMATIONS FAMILLE

Responsable 1

Responsable 2

NOM ET PRÉNOM	.....	.....
ADRESSE COMPLÈTE	...............	...............
	CP / _ / _ / _ / _ / Ville	CP / _ / _ / _ / _ / Ville
TÉL. DOMICILE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
TÉL. PORTABLE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
SITUATION FAMILIALE	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Autre, à préciser	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Autre, à préciser
PROFESSION	.....	.....
EMPLOYEUR	.....	.....
TÉL. PROFESSIONNEL	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
RÉGIME DE PROTECTION SOCIALE	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> autres :	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale <input type="checkbox"/> autres :
N° ALLOCATAIRE CAF	.....	.....

INFORMATIONS SUR LA FACTURATION

JE SOUHAITE RECEVOIR MA FACTURE DE FAÇON DÉMATÉRIALISÉE : oui non

Responsable 1

Responsable 2

DESTINATAIRE DE LA FACTURE*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADRESSE MAIL	.....	.....

*la facture sera envoyée à l'adresse postale mentionnée dans l'encart du responsable désigné ou à l'adresse mail ci-dessus en cas de facture dématérialisée.

PERSONNE(S) DE CONFIANCE

Un maximum de 3 contacts est demandé, en dehors du (des) parent(s) de l'enfant déjà mentionné(s) sur le dossier.

		à contacter en cas d'urgence	autorisé à venir chercher mon (mes) enfant(s)
NOM ET PRÉNOM	.....	
LIEN AVEC L'ENFANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉL. DOMICILE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /	TÉL. PORTABLE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
NOM ET PRÉNOM	.....	
LIEN AVEC L'ENFANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉL. DOMICILE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /	TÉL. PORTABLE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /
NOM ET PRÉNOM	.....	
LIEN AVEC L'ENFANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TÉL. DOMICILE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /	TÉL. PORTABLE	/ _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

INFORMATIONS ENFANT(S)

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
NOM	.....	.....	.....
PRÉNOM	.....	.....	.....
SEXE	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
DATE DE NAISSANCE	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / /
ECOLE	.....	.....	.....
CLASSE	.....	.....	.....
ENSEIGNANT	.....	.....	.....
ASSURANCE	.....	.....	.....
N° CONTRAT	.....	.....	.....

AUTORISATIONS DIVERSES

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
AUTORISÉ(E) À RENTRER SEUL(E) ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DROIT À L'IMAGE ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
TRANSPORT POUR LE PTM ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SOINS D'URGENCE ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

(1) autorisation à partir seul, uniquement à l'issue du temps d'accueil périscolaire.

(2) utilisation de photos, vidéos de mon (mes) enfant(s) prises au cours des activités périscolaires ou extrascolaires, sur les différents supports de communication de la ville (site internet, guide pratique, bulletin municipal...).

(3) autorisation à véhiculer mon (mes) enfant(s), uniquement dans le cadre du Pass' ton Mercredi pour les enfants de l'école Henri Barbusse, dès 12h, en minibus ou à pied, sous la responsabilité des animateurs communaux.

(4) autorisation à prendre, en cas d'urgence, les mesures rendues nécessaires (diagnostiquées par le médecin) pour la santé de mon (mes) enfant(s).

INSCRIPTIONS AUX SERVICES PÉRISCOLAIRES

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
ACCUEIL PÉRISCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RESTAURATION SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Régulier
	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi
	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel	<input type="checkbox"/> Occasionnel
RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER	...............	...............	...............
PASS' TON MERCREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au fonctionnement des services municipaux. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, ainsi que, pour des motifs légitimes, un droit d'opposition au traitement informatique de ces données, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à la Mairie, 7 rue de la Mairie - 63670 LE CENDRE.

INFORMATIONS SANITAIRES ET VACCINATIONS

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
MÉDECIN TRAITANT	.....	.....	.....
ADRESSE	..........	..........	..........
TÉL	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /	/ / / / / / / / / / / / / / / /
VACCINATIONS	à jour	à jour	à jour
DIPHTÉRIE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
TÉTANOS	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
POLIOMYÉLITE	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

	1 ^{er} enfant	2 ^{ème} enfant	3 ^{ème} enfant
ALLERGIES (5)	à préciser	à préciser	à préciser
MÉDICAMENTEUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASTHME	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
AUTRES :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) (6)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
TRAITEMENT MÉDICAL (7)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DIFFICULTÉS ÉVENTUELLES DE SANTÉ (8)	..... .....	..... .....	..... .....
RECOMMANDATIONS UTILES (9)	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

(5) si oui, **joindre un certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

(6) si oui, **joindre le protocole** au présent dossier.

(7) en cas de traitement médical (ponctuel ou régulier), joindre obligatoirement l'**ordonnance** et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

(8) indiquer les difficultés éventuelles de santé de l'enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, rééducation...) en précisant les dates et **précautions à prendre**.

(9) informations que vous jugerez utiles à communiquer.

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

certifie avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement des différents services périscolaires ;

déclare exact l'ensemble des informations sur ma situation et mes revenus portés dans ce dossier. Je m'engage à signaler tout changement (situation familiale, professionnelle ou d'allocataire CAF) intervenu en cours d'année, auprès du service accueil de la Mairie.

Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amende prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal.

Fait à

le ___/___/___

Signature