



FICHE INSCRIPTION SCOLAIRE

année 2018/2019

ECOLE : _____ Année scolaire : _____

CLASSE : _____ Enseignant(e) : _____

ELEVE

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) le : Lieu de naissance (commune, n° département) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale : Marié(e) Couple Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Pacsé(e)

<p><u>Parent 1</u> Lien de parenté : _____ Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ à _____ N° sécurité sociale _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____ Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Courriel _____ Employeur : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____ Téléphone travail : _____ Adresse mail : _____</p>	<p><u>Parent 2</u> Lien de parenté : _____ Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ à _____ N° sécurité sociale _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____ Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Courriel _____ Employeur : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Commune : _____ Téléphone travail : _____ Adresse mail : _____</p>
--	--

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Numéro d'allocataire CAF : _____ Bénéficiaire : _____

Centre de paiement _____

(Fournir une copie de votre attestation)

Ou

Numéro d'allocataire MSA : _____ Bénéficiaire : _____

Centre de paiement _____

(Fournir une copie de votre attestation)

Autre personne autorisée à prendre l'enfant

Lien de parenté (beau parent, famille d'accueil, ...) : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Employeur : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone travail : _____

Adresse mail : _____

En cas de séparation ou de divorce

Fournir une copie du jugement précisant les modalités de garde de l'enfant et si nécessaire, les personnes qui prennent en charge le paiement des cantines, garderies et ALSH.

Frères et sœurs dans une école de la Communauté de Communes

Nom et Prénom	Ecole	Classe
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Signature de la mère

Signature du père

Signature d'un autre représentant légal

INFORMATIONS MEDICALES POUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Né(e) le : _____ Lieu de naissance (commune, n° département) : _____

Coordonnées de la personne à contacter :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Nom et adresse du centre de sécurité sociale : _____

En cas d'accident, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

Vaccinations (Joindre une copie des vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (Préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

Renseignements médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 donné sans ordonnance

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole Oui Non	Varicelle Oui Non	Angine Oui Non	Rhumatisme articulaire aigüe Oui Non	Scarlatine Oui Non
Coqueluche Oui Non	Otite Oui Non	Rougeole Oui Non	Oreillons Oui Non	

Allergies : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
Alimentaires oui non Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Difficultés de santé et précautions à prendre (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation)
en précisant les dates

Recommandations des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives,
des prothèses dentaires, etc ...)

Signature de la mère

Signature du père

Signature d'un autre représentant légal

AUTRES INFORMATIONS

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Inscription au service de la restauration scolaire

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Tous les jours	Selon planning
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rappels :

Les repas non annulés la veille avant 9h par mail (scolaire@pithiveraisgatinais.fr), ou par téléphone (02.38.34.14.17) auprès du service scolaire de la Communauté de Communes seront facturés.

Votre enfant pourra à titre exceptionnel déjeuner à la cantine. Il est nécessaire de réserver le repas la veille avant 9h par mail scolaire@pithiveraisgatinais.fr ou par téléphone 02 38 34 14 17.

Information Transport scolaire

Votre enfant est-il inscrit aux transports scolaires ? oui non

Rappel : cette fiche ne vaut pas inscription. L'inscription est à réaliser par vos soins sur le site Rémi www.remi-centrevalde Loire.fr

Si oui, veuillez renseigner les lignes suivantes :

Point de montée le matin : _____

Point de descente le soir : _____

Il est nécessaire de remplir une fiche d'information TRANSPORT SCOLAIRE (par année scolaire).
Les enfants scolarisés en maternelles seront **obligatoirement** remis aux parents ou à la personne responsable à la sortie du car.

Liste des personnes autorisées à récupérer l'enfant

Les enfants seront obligatoirement remis aux parents ou aux personnes habilitées ci-dessous :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Signature de la mère

Signature du père

Signature d'un autre représentant légal

AUTORISATIONS

Nom : _____ Prénom(s) : _____

SORTIES A PIED

Au cours de l'année scolaire, les élèves peuvent avoir l'occasion de faire des sorties pédagogiques dans l'environnement proche de l'école. Ces sorties se feront à pied dans la commune de l'école.

Nous autorisons notre enfant à faire des sorties à pied oui non

SORTIES EN CAR

Au cours de l'année scolaire, les élèves peuvent être amenés à utiliser le car scolaire pour des sorties prévues dans les enseignements, telles que la piscine, les rencontres sportives ou les sorties pédagogiques.

Nous autorisons notre enfant à faire des sorties en car oui non

COMMUNICATION DE L'ADRESSE PERSONNELLE

Les associations des représentants des parents d'élèves peuvent, si vous l'autorisez, demander votre adresse personnelle au directeur de l'école.

Nous autorisons à communiquer notre adresse personnelle

Mère oui non Père oui non

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre du travail pédagogique, les enseignants peuvent être amenés à réaliser et à utiliser des photos des enfants pour leur cahier de vie, pour les exposer à l'école, lors de sorties ou d'évènements festifs. Ils demanderont ensuite l'autorisation, au fur et à mesure de l'année, pour toutes les photos qui pourront être prises à d'autres moments (photographe scolaire, projet de classe, ...).

Nous autorisons à prendre et à utiliser des photos de notre enfant oui non

Je m'engage à signaler tous les changements modifiant les indications mentionnées sur ce dossier.

Date :

Signature de la mère

Signature du père

Signature d'un autre représentant légal