

DOSSIER D'INSCRIPTION AUX ÉCOLES & ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES

ANNÉE SCOLAIRE 20 / 20

INSCRIPTION SCOLAIRE ET/OU INSCRIPTIONS SERVICES PÉRISCOLAIRES & EXTRA-SCOLAIRES

COORDONNÉES DES ENFANTS

NOM	PRÉNOM	SEXE F/M	DATE DE NAISSANCE	LIEU DE NAISSANCE	Indiquer ÉCOLE(S) CHOISIE(S) ⁽¹⁾	NIVEAU ⁽²⁾

Choisir parmi les options ci-dessous :

⁽¹⁾ École maternelle La Fontaine (GP) – École élémentaire Louis Pergaud (GP) – École primaire Jules Verne (Beslé/Vilaine) – Ste Marie (privé GP) – Autre (*préciser*)

⁽²⁾ Niveaux : Très petite section – Petite section – Moyenne section – Grande section – CP – CE1 – CE2 – CM1 – CM2 – ULIS

Responsables légaux de tous les enfants – Si responsables légaux différents : compléter un autre dossier

Responsables	Coordonnées du Responsable légal 1	Coordonnées du Responsable légal 2
Nom		
Prénoms		
Qualité ⁽³⁾		
Adresse		
Code postal – Ville		
Tél. et/ou portable*		
Mail *		
N° CAF ou MSA *		
Quotient familial*		
Profession		
Employeur		
Tél. professionnel		

* obligatoire

Choisir parmi les options ci-dessous :

⁽³⁾ père / mère/ beau-père / belle-mère / tuteur / autre

RESPONSABLES LÉGAUX

Père et/ou Mère Mariés ou Pacsés ou union libre Divorcés/séparés Veuf(ve)
 Indiquer si l'un des parents n'a plus l'autorité parentale : Père Mère

INDIQUER LE ou LES RESPONSABLE(S) PAYEUR(S) POUR LES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES et EXTRA-SCOLAIRES

Père Mère si autre : Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

MODE DE PAIEMENT

Prélèvement bancaire (joindre un RIB si changement de banque ou pour première demande)

Paiement au Trésor Public

Paiement par internet TIPI

INSCRIPTIONS DIVERSES

NOM – PRÉNOM ENFANTS	RESTAURATION SCOLAIRE		ACCUEIL PÉRISCOLAIRE		TAP (Temps d'Activités Périscolaires)		ACCUEIL DE LOISIRS		TRANSPORTS SCOLAIRES **	
	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
.....	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Je récupère mon enfant après la classe le mercredi à 11 h 45.

Mon enfant ira à la cantine le mercredi midi et :

fréquentera l'accueil de loisirs l'après-midi.

je viendrai le chercher après la cantine à 13 h 30.

Coordonnées des personnes autorisées à venir chercher mes enfants

Nom	Prénom	N° téléphone et/ou portable	Lien avec les enfants

Personne(s) à joindre en cas d'urgence (autre que les responsables légaux)

Nom	Prénom	N° téléphone et/ou portable	Lien avec les enfants

Assurance scolaire de vos enfants (fournir une copie de l'attestation d'assurance)

Nom et prénoms de vos enfants	Nom de votre assurance et numéro de dossier

** Pour toute inscription aux transports scolaires, merci de prendre contact avec le Syndicat des Transports scolaires au 02 40 87 20 42 ou lilascolaire.guemenepenfao@sits.loire-atlantique.fr

FICHE SANITAIRE DE VOS ENFANTS

NOM du MÉDECIN TRAITANT : **Tél. :**

En cas d'urgence, INDIQUER le Centre Hospitalier ou Clinique souhaité :

Nom/prénom enfants scolarisés	Contre-indications, allergies, autres...	Traitement médical				PAI Projet d'Accueil Individualisé			
		oui		non		oui		non	
		oui		non		oui		non	
		oui		non		oui		non	
		oui		non		oui		non	
		oui		non		oui		non	

Si allergie, précisez la cause et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

.....

.....

(Si automédication, merci de le signaler)

VACCINATIONS

Nom/prénom enfants scolarisés	Type de vaccins					Date dernier rappel
		oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	
	Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Hépatite B	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR)	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	BCG	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Autre.....	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Hépatite B	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR)	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	BCG	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Autre.....	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Hépatite B	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR)	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	BCG	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Autre.....	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

MALADIES INFANTILES

Vos enfants ont-ils eu les maladies suivantes ?

Merci d'indiquer en face de chaque maladie, le prénom du ou des enfant(s) concerné(s)

- Rubéole oui non
- Varicelle oui non
- Angine oui non
- Scarlatine oui non
- Coqueluche oui non
- Otite oui non
- Rougeole oui non
- Oreillons oui non
- Rhumatisme Articulaire oui non

APPAREILLAGES

Votre/vos enfant(s) porte(ent)-il(s) :

Nom/prénom enfants scolarisés	Lunettes/lentilles				Prothèses/appareils dentaires				Prothèses auditives			
	oui		non		oui		non		oui		non	

Autres (précisez) :

.....

.....

.....

AUTRES RECOMMANDATIONS

Indiquez ci-contre, toutes précisions utiles (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, rééducation,) :

.....

.....

.....

AUTORISATIONS DIVERSES

Autorise mes enfants à participer à toutes les activités proposées	oui		non	
Autorise les services municipaux à prendre les mesures nécessaires (traitement médical, hospitalisation...)	oui		non	
Autorisation à rentrer seul (<i>uniquement école élémentaire</i>)	oui		non	

Protection des données personnelles et droit à l'image : autorisation des services municipaux

À utiliser les photographies ou vidéos de mes enfants sur des supports de communication	oui		non	
À envoyer un SMS si information concernant les familles (cas de méningite, fermetures écoles...)	oui		non	

Pièces à joindre pour la PREMIÈRE inscription	
Copie de l'attestation d'assurance de l'enfant/des enfants pour l'année en cours (prévoir une copie pour l'école)	
Document CAF comportant n° d'allocataire et le quotient ou document MSA	
Carnet de santé ou certificat de vaccinations (obligatoire)	
Justificatif de domicile (au nom du responsable légal)	
Copie du livret de famille	
Copie des cartes d'identité des responsables légaux	
En cas de séparation ou de divorce, document mentionnant la personne ayant autorité parentale	
Certificat de radiation en cas de changement d'école ou de commune	

Pièces à joindre pour RENOUELEMENT d'inscription	
Copie de l'attestation d'assurance de l'enfant/des enfants pour l'année en cours (prévoir une copie pour l'école)	
Document comportant N° d'allocataire CAF ou MSA (à fournir tous les ans ou à chaque changement de quotient)	
Copie du carnet de santé ou certificat de vaccinations (si modifications)	

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES SERVICES PÉRISCOLAIRES ET EXTRA-SCOLAIRES

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires et extra-scolaires (restauration scolaire, accueil périscolaire, accueil de loisirs sans hébergement, TAP) qui fait l'objet d'un affichage dans les différents locaux (également consultable et/ou téléchargeable sur le site de la mairie) et en accepter les termes.

Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus et m'engage, en cas de changement de ces informations, à les signaler rapidement auprès du SERVICE AFFAIRES SCOLAIRES, ENFANCE-JEUNESSE de la Mairie de Guémené-Penfao.

À Guémené-Penfao, le Signatures : le père la mère le responsable légal

CHARTRE DE BONNE CONDUITE DES SERVICES PÉRISCOLAIRES ET EXTRA-SCOLAIRES

Je déclare que mon/mes enfant(s) et moi-même, avons pris connaissance de la charte de bonne conduite des services périscolaires et extra-scolaires, qui fait l'objet d'un affichage dans les différents locaux (également consultable sur le site de la mairie) et en accepter les termes.

À Guémené-Penfao, le

Signatures : le responsable légal

le(s) enfant(s)

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à pouvoir contacter les familles en cas d'urgence. Le destinataire est le service Affaires Scolaires, Enfance-Jeunesse de la Commune de Guémené-Penfao. 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. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service concerné.