commune de Guémené Penfao
Besté-Vilaine Guénouvry
Bretagne historique

# 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

## SITUATION DES RESPONSABLES LÉGAUX

☐ Père et/ou ☐ Mère ☐ Mariés ou Pacsés ou union libre ☐ Divorcés/séparés ☐ Veuf(ve)
En cas de divorce/séparation, indiquer le domicile habituel : ☐ Père ☐ Mère ☐ Garde alternée ☐ Autre
Indiquer si l'un des parents n'a plus l'autorité parentale : ☐ Père ☐ Mère ☐ Jugement restrictif **(fournir le jugement)**

En cas de divorce/séparation, merci d'indiquer si vous souhaitez : un accès distinct au Portail Famille ☐
une facturation distincte ☐

## 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

## FRÈRES ET /OU SŒURS

| NOM | PRÉNOM | SEXE F/M | DATE DE NAISSANCE | LIEU DE NAISSANCE | ÉTABLISSEMENTS FRÉQUENTÉS | NIVEAU |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## 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 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |

## INSCRIPTIONS SERVICES PÉRISCOLAIRES ET EXTRA-SCOLAIRES

**Nom de l'enfant ou des enfants concerné(s) :**

.....

Mon enfant/mes enfants fréquentera/fréquenteront :

☐ **restauration scolaire**

☐ régulièrement ☐ occasionnellement ☐ jamais

cocher les jours de fréquentation régulière : lundi ☐ mardi ☐ mercredi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐

.....

☐ **accueil périscolaire (garderie)**

☐ régulièrement ☐ occasionnellement ☐ jamais

cocher les jours de fréquentation régulière : lundi ☐ mardi ☐ mercredi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐ **Matin**

lundi ☐ mardi ☐ mercredi ☐ jeudi ☐ vendredi ☐ **Soir**

.....

☐ **accueil de loisirs (Centre de loisirs)**

☐ mercredi

☐ régulièrement ☐ occasionnellement ☐ jamais

☐ vacances scolaires

☐ régulièrement ☐ occasionnellement ☐ jamais

.....

☐ **Transports scolaires (navette)**

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

☐ Je récupère mon/mes enfant(s) **<u>après</u>** la classe le mercredi à **11 h 45**.

☐ Mon/mes enfant(s) ira/iront **<u>à la cantine le mercredi midi</u>** et : ☐ fréquentera(ont) l'accueil de loisirs l'après-midi.

☐ je viendrai le(s) chercher après la cantine à **13 h 30**.

---

**Si rythme différent pour un ou plusieurs enfants, merci d'indiquer ci-dessous les rythmes retenus :**
**Nom de l'enfant ou des enfants concerné(s) :** .....

Restauration scolaire : .....

Accueil périscolaire : .....

Accueil de loisirs : .....

☐ Je récupère mon/mes enfant(s) **<u>après</u>** la classe le mercredi à **11 h 45**.

☐ Mon/mes enfant(s) ira/iront **<u>à la cantine le mercredi midi</u>** et : ☐ fréquentera(ont) l'accueil de loisirs l'après-midi.

☐ je viendrai le(s) chercher après la cantine à **13 h 30**.

J'ai un enfant scolarisé à l'école maternelle et **souhaite déposer mon/mes enfant(s) à 13 h 30 à Louis Pergaud** ☐
*(lundi – mardi – jeudi – vendredi)*

## 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 | |

**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** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Hépatite B | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR) | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | BCG | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Autre…… | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Hépatite B | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR) | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | BCG | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Autre…… | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Hépatite B | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR) | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | BCG | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Autre…… | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Hépatite B | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Rougeole/Oreillons/Rubéole (ROR) | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | BCG | oui | ☐ | non | ☐ | …… |
| | Autre…… | oui | ☐ | non | ☐ | …… |

## 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 | |
| | oui | | non | | oui | | non | | oui | | non | |
| | oui | | non | | oui | | non | | oui | | non | |
| | 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 ***(uniquement école élémentaire)*** | 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** | |

## 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 |
|---|---|
| | |

## Pièces à fournir pour toute inscription et/ou réinscription

| Pièces à joindre pour la PREMIÉRE 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 RENOUVELLEMENT 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**

---

## CHARTE 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.*