

Inscription souhaitée pour le :

Ecole ou ACM de :

FICHE 1 : inscription

NOM (élève) : _____ Prénoms : _____ Sexe : M F

Né (e) le : ___/___/___ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Scolarité demandée : Maternelle CYCLE 2 (CP, CE1) CYCLE 3 (CE2, CM1, CM2) Niveau : _____

RESPONSABLES LEGAUX : à appeler en cas d'urgence

MERE Nom de jeune fille : _____ Autorité parentale : Oui Non

Nom marital (Nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Nom Employeur : _____

Adresse mail : _____ @ _____

PERE Autorité parentale : Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Nom Employeur : _____

Adresse mail : _____ @ _____

AUTRE RESPONSABLE LEGAL (personne physique et morale qui a la charge effective de l'enfant) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____ @ _____

DOCUMENTS A FOURNIR :

- Photocopie du livret de famille
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Copie des vaccinations
- Certificat de radiation (si scolarisé dans une autre école)
- Lettre des parents, pour accord commun, pour la scolarisation de l'enfant à l'école
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation CAF (uniquement pour les inscriptions périscolaires, à défaut le tarif le plus élevé sera appliqué)

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____

SERVICES PÉRISCOLAIRES* :

Garderie Matin : Oui Non

Garderie Soir : Oui Non

Transport Scolaire : Oui Non

Restaurant Scolaire : Oui Non

Date : _____

Signature des représentants légaux

Par délégation et pour le président
Le vice-président Jannick Lefevvre

Les données renseignées sur cette fiche seront prises en compte par le directeur d'école dans le logiciel de L'Éducation nationale, « Base Élèves 1er degré ». Le Président de la Communauté de communes Somme Sud Ouest est également destinataire de ces données, dans le cadre de ses compétences légales en matière d'inscription scolaire et de contrôle de l'obligation scolaire.

Le droit d'accès et de rectification des personnes aux données les concernant s'exerce auprès du directeur, de l'IEN de circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation des services de l'éducation nationale dans les conditions définies par les articles 39 et 40 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiées par la loi n°2004-801 du 6 août 2004.

* Les fiches périscolaires du dossier sont à renseigner précisément si l'enfant sera utilisateur de ces services.

Je, soussigné, M _____, agissant en tant que responsable légal de l'enfant : _____

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

DÉTAIL DES AUTORISATIONS

autorise le personnel à sortir _____ de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupes

n'autorise pas

autorise _____ à être photographié et filmé pour un usage interne de l'établissement ou externe (journal de la communauté de communes, émissions télévisuelles, quotidien locaux, réseaux sociaux)

n'autorise pas

autorise la direction de l'accueil périscolaire / extrascolaire à consulter notre dossier CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources (Quotient, Nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (le service CAFPRO.fr respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL. La CAF attribue un identifiant et un mot de passe qui est strictement confidentiel à l'équipe de direction).

n'autorise pas

Votre N° allocataire : _____

autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences en cas d'accident impliquant _____. (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie).

n'autorise pas

autorise _____ à rentrer seul après les activités (les enfant de moins de 7 ans ne peuvent repartir seuls)

n'autorise pas

autorise le personnel à transporter ou faire transporter _____ dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.

n'autorise pas

SIGNATURE

M _____ Fait à _____ le _____

Les structure déclarées à la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) de la Somme bénéficient d'un cofinancement de la Caisse d'allocations familiales et de la Mutualité sociale agricole.



FICHE PÉRISCOLAIRE 2 : INFORMATIONS PERISCOLAIRES UNIQUEMENT:

Transport scolaire : Oui Non

| | |
|---|---|
| <p>Lundi</p> <p>-> Descente le midi* à : _____</p> <p>-> Descente le soir le soir à : _____</p> <p>Mardi</p> <p>-> Descente le midi* à : _____</p> <p>-> Descente le soir le soir à : _____</p> | <p>Jeudi</p> <p>-> Descente le midi* à : _____</p> <p>-> Descente le soir le soir à : _____</p> <p>Vendredi</p> <p>--> Descente le midi* à : _____</p> <p>-> Descente le soir le soir à : _____</p> |
|---|---|

* uniquement si transport proposé le midi sur le regroupement scolaire :

Garderie/ accueil périscolaire :

Périscolaire matin : Oui Non (Lundi Mardi Jeudi Vendredi)

Périscolaire soir : Oui Non (Lundi Mardi Jeudi Vendredi)

RESTAURATION SCOLAIRE :

Oui Non

Notre enfant prendra ses repas à partir du :

Inscription à l'année au trimestre pour la période du _____ au _____ *

régulièrement

Jours de fréquentation :

Lundi mardi mercredi** jeudi vendredi **(cocher les jours de présence)**

**susceptible de ne pas être proposé sur le site

Signature de la mère :

Signature du père :

occasionnellement *

*** dans ce cas, merci de contacter le service périscolaire pour vos commandes (le tableau ci-dessous est à caractère d'exemple pour le document à transmettre). ATTENTION le délai de rigueur est de 3 jours ouvrés avant la date de la prise de repas (période de vacances comprise).**

| | | | | | | | |
|--|-------|-------|----------|-------|-------|-------|----------|
| Mois de : _____ Cantine de l'école de : _____ SO | | | | | | | |
| Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____ | | | | | | | |
| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI | LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI |
| LUNDI | MARDI | JEUDI | VENDREDI | | | | |

L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE : _____

NOM : _____ GARÇON FILLE

PRÉNOM : _____

1 – VACCINATIONS*

***JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE COPIE DU CARNET DE SANTE**

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ^ | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ^ | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |

ALLERGIES *: ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non AUTRES

*si allergie alimentaire, un PAI est obligatoire

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

4- AUTORISATIONS *

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

*si oui, Il est obligatoire de joindre un certificat médical d'aptitude à la pratique sportive

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (*FACULTATIF*).....

Date :

Signature :