

ANNEE SCOLAIRE 2016/2017

VOTRE ENFANT EST NE EN 2013 :

- Justificatif de domicile sur la commune de TRIZAY
- Livret de famille
- Certificat rédigé par le médecin traitant attestant que l'enfant est apte à la vie en collectivité
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance scolaire (responsabilité civile et individuelle corporelle)

VOTRE ENFANT A DEJA ETE SCOLARISE :

- Justificatif de domicile sur la commune de TRIZAY
- Livret de famille
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance scolaire (responsabilité civile et individuelle corporelle)
- Certificat de radiation de l'école d'origine

MERCI DE REMPLIR TOUTES LES FICHES DE CE DOSSIER.

DOSSIER A RAPPORTER EN MAIRIE AVANT LE
31 MAI 2016.

Une réunion d'informations sera organisée durant le mois de juin ; ainsi qu'un temps d'accueil uniquement pour les « futurs » Petite Section.

Commune : TRIZAY

FICHE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE SCOLAIRE
Année scolaire 20.. / 20..

ÉLÈVE

NOM : _____	Prénom(s) : _____ / _____ / _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Né(e) le : / /	Lieu de naissance (pays : _____ département : _____ commune _____)	
Adresse : _____		
Code postal : _____	Commune : _____	Date d'inscription : _____

Scolarité demandée : Toute petite section Petite section Moyenne section Grande section
CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

RESPONSABLES LÉGAUX*

Mère	NOM de jeune fille : _____	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
NOM marital (nom d'usage) : _____		Prénom : _____
Adresse : _____ (si différente de celle de l'élève)		
Code postal : _____	Commune : _____	
Situation familiale (1) : _____	Téléphone portable : _____	
Téléphone domicile : _____	Téléphone travail : _____	Numéro de poste : _____
Courriel : _____ @ _____		

Père	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
NOM : _____	Prénom : _____	
Adresse : _____ (si différente de celle de l'élève)		
Code postal : _____	Commune : _____	
Situation familiale (1) : _____	Téléphone portable : _____	
Téléphone domicile : _____	Téléphone travail : _____	Numéro de poste : _____
Courriel : _____ @ _____		

Autre responsable légal *(personne physique ou morale)	Autorité parentale : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Organisme : _____	Personne référente : _____
Fonction : _____	Lien avec l'enfant : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Téléphone : _____	Téléphone portable : _____
Courriel : _____ @ _____	

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Garderie soir :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Étude surveillée :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Restaurant scolaire même occasionnel :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Déplacement domicile - école :								
Transport scolaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Seul(e) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Accompagné(e) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

(2) * Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :

- La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez la mairie.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

École : les marronniers, 17250 TRIZAY

ÉLÈVE (né le : / /)

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ N° de téléphone domicile : _____

Compagnie assurance : _____ n° police _____

PORT DE LUNETTES OU APPAREIL AUDITIF (entourer svp)

ALLERGIES A SIGNALER : _____

PARENTS

Père : NOM (d'usage) _____ Prénom : _____ Profession : _____
 Tel professionnel: _____

Adresse si différente de l'enfant : portable: _____ courriel : _____

Mère : NOM (d'usage) _____ Prénom : _____ Profession : _____
 Tel professionnel: _____

Adresse si différente de l'enfant : portable: _____ courriel : _____

FRÈRE(S) ET (OU) SŒUR(S)

NOM :	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

PERSONNES A JOINDRE EN CAS DE BESOIN

nom	Liens (parents, grands-parents, assistante maternelle,)	Numéro de téléphone et adresse

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT si différentes des précédentes

nom	Liens (parents, grands-parents, assistante maternelle,)	Numéro de téléphone et adresse

AUTORISATION

Mère :	Autorisez-vous l'école à utiliser les dessins et écrits de votre enfant dans le cadre des activités pédagogiques ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Autorisez-vous l'école à utiliser l'image de votre enfant (photos, film...) dans le cadre des activités pédagogiques? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Père :	Autorisez-vous l'école à utiliser les dessins et écrits de votre enfant dans le cadre des activités pédagogiques? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
	Autorisez-vous l'école à utiliser l'image de votre enfant (photos, film...) dans le cadre des activités pédagogiques? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.
 Date : _____ Signature de la mère : _____ Signature du père: _____

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez l'école.

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Merci de remplir entièrement ce document, qui est à la disposition des personnels encadrant votre enfant : en cas d'urgence, il nous est nécessaire de trouver les renseignements rapidement.

Nom :

Date de naissance

Prénom

Nom des Parents ou du Représentant légal :

.....
adresse

N° de téléphone du domicile

Numéro de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché:

.....

Adresse du centre de sécurité sociale

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en remplissant les renseignements suivants :

1. N° de travail du Père : Poste

2. N° de travail de la Mère : Poste

3. Nom , lien avec l'enfant (grands-parents, oncle , tante, assistante maternelle) , et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un 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 par sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) ,

.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(prendre rendez-vous et remettre au directeur sous enveloppe, à l'attention du médecin scolaire)

Fiche à compléter si votre enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL :

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations :

.....
.....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé (PAI) conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal

Date

Signature