

INSCRIPTION SCOLAIRE

ANNEE 2023 / 2024

DATE DE RENTREE : _____

ECOLE DE : _____

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 OBLIGATOIRES A FOURNIR :

Photocopie du livret de famille (complet : parents et enfants)

Justificatif de domicile de moins de 3 mois

Copie des vaccinations

Certificat de radiation (si scolarisé dans une autre école)

En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde exclusif

Attestation d'assurance responsabilité civile

Attestation de quotient CAF (octobre 2023)

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

Nom : _____	Prénom : _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____		<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____		
Code postal : _____	Commune : _____	
Téléphone domicile : _____	téléphone portable : _____	
Téléphone travail : _____		

Nom : _____	Prénom : _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____		<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____		
Code postal : _____	Commune : _____	
Téléphone domicile : _____	téléphone portable : _____	
Téléphone travail : _____		

Nom : _____	Prénom : _____	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____		<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____		
Code postal : _____	Commune : _____	
Téléphone domicile : _____	téléphone portable : _____	
Téléphone travail : _____		

SERVICES PÉRISCOLAIRES :

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

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 Lefeuvre

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.

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.

Transport scolaire : Oui Non

Lundi

-> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

Jeudi

-> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

Mardi

-> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

Vendredi

--> Descente le midi* à : _____

-> Descente le soir le soir à : _____

* 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 :**Inscription à l'année** **Régulièrement** Selon les jours suivants :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 responsable périscolaire du site pour vos commandes (règlement intérieur joint)**

L'ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON FILLE
--	--

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

ALLERGIES *: ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES

*si allergie alimentaire, un PAI est obligatoire (*conférer le règlement intérieur*)

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 :