

Document Unique d'Inscription

Les pièces justificatives à fournir :

- Carnet de vaccination (vaccin DT Polio-tétanos-à jour)
- Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
- Photos d'identité (restauration + transport scolaire)
- Livret de famille
- Attestation CAF (de moins de 3 mois)*

** En l'absence d'une attestation conforme,
le tarif maximum sera appliqué.*



Informations sur la famille

Autorité Parentale : Père Mère Les deux parents Autres :

Situation Familiale : Marié(e) Séparé(e) Concubin(e) Pacsé(e)

Divorcé(e) Célibataire Autres :

Envoi de la facture : Email Courrier

PARENT 1

Sexe : F M

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Mail :

Profession :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

PARENT 2

Sexe : F M

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Mail :

Profession :

Téléphone portable :

Téléphone domicile :

Téléphone professionnel :

Quotient Familial Joindre obligatoirement une attestation de la CAF de moins de 3 mois.

Numéro allocataire (CAF, MSA, ...) :

Nom et prénom :

Code réservé à l'administration / Quotient familial CAF :

Autorisations

Personne(s) autorisée(s) (autre que les parents) à récupérer mon/mes enfants :

Nom/prénom :	Nom/prénom :	Nom/prénom :
Qualité :	Qualité :	Qualité :
Tél :	Tél :	Tél :

J'autorise les services de la Ville à prendre des photos de mon enfant lors d'évènements organisés dans le cadre scolaire et à les illustrer ou les publier dans tous les supports de communication interne et externe de la Commune (journaux municipaux, presse, site internet, page facebook) : Oui Non

J'autorise mon enfant à participer aux sorties scolaires : Oui Non

J'accepte le règlement intérieur du service enfance familles.

Date : / /

Nom / Prénom :

Signature(s) :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

ALLERGIES :

Alimentaires : oui non

Médicamenteuses : oui non

Autres (animaux, plantes, pollen) : oui non

Précisez :

Si oui, joindre en précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé ? si oui, précisez :

.....

PAI (Projet Accueil Individualisé) : oui non si oui, préciser :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....
.....
.....
.....

RESPONSABLES DU MINEUR :

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

.....

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE : TEL TRAVAIL :

TEL DOMICILE : TEL PORTABLE :

.....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le personnel communal à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : / /

Signature(s) :

Photo
Enfant 1
(Coller ici)

Enfant

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Ecole : Classe :
Enseignant (si renseigné) :

Inscription aux services

RESTAURATION SCOLAIRE

➔ **Votre enfant mangera le Jeudi 02 septembre 2021 (jour de la rentrée scolaire) ?** Oui Non

➔ **Durant l'année scolaire :** Hebdomadaire (Tous les jours de la semaine sauf le mercredi)
 En cours d'année : selon vos besoins :

* Préciser (Inscription 72 heures à l'avance) * * (sous réserve des effectifs)

➔ **Pratique alimentaire :** Standard Sans viande P.A.I (allergies alimentaires)
(* panier repas fourni par la famille)

TRANSPORT SCOLAIRE



Joindre une 1 photo d'identité supplémentaire.

➔ **Choix de l'arrêt (1 seul choix possible) :** (ligne noire, verte, rouge, bleu)

G. Brassens
 Soulins / le Lot
 St Martin / les Roches
 Les Pivoines
 Chatanay

Barbières

Cité Berquet
 La Gare
 Pharmacie du Château
 Les Espinasses
 Gendarmerie
 Lotissement Contre Voie

Les Renardières
 Bel Aire
 Jardin d'Orest
 Les 4 vents

➔ **Votre besoin concernant les transports Domicile / Ecole (sous réserve des places disponibles) :**

8 h
 13 h 30

➔ **Votre besoin concernant les transports Ecole / Domicile (sous réserve des places disponibles) :**

11 h 30
 16 h 30

ACCUEIL PERISCOLAIRE

➔ **Votre besoin concernant l'accueil périscolaire école maternelle (sous réserve des places disponibles) :**

Matin 7h00-8h30 lundi mardi jeudi vendredi
 Soir 16h30-18h00 lundi mardi jeudi vendredi

➔ **Votre besoin concernant l'accueil périscolaire école élémentaire (sous réserve des places disponibles) :**

Matin 7h00-8h30 lundi mardi jeudi vendredi
 Soir 16h30-18h00 vendredi

ETUDE

➔ **Votre besoin concernant l'étude :** lundi mardi jeudi