

DOSSIER INSCRIPTION 2023-2024

NOM.....

PRÉNOM.....

DATE DE NAISSANCE.....

ECOLE : PRELENFREY Maternelle PRELENFREY Élémentaire

NIVEAU :

REPRESENTANT LEGAL 1 : PERE

MERE

AUTRE

Nom : Prénom :

Adresse :

Domicile : Portable..... Travail.....

Adresse mail :

Situation familiale : marié - célibataire – divorcé – séparé - vie maritale - PACS

REPRESENTANT LEGAL 2: PERE

MERE

AUTRE

Nom : Prénom :

Adresse

Domicile : Portable..... Travail.....

Adresse mail

Situation familiale : marié - célibataire – divorcé – séparé - vie maritale – PACS

Pour les parents séparés :

Garde alternée : oui non Garde exclusive : oui non (merci de fournir une copie du jugement)

Si oui précisez les informations utiles à nous mentionner :

Destinataire de la facture : père – mère – autre (précisez)

Police d'assurance EXTRASCOLAIRE couvrant l'enfant (nom et n°)

N° allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales

FREQUENTATION RESTAURATION

Habitudes alimentaires (cochez une seule case)

Classique

Alternatif (sans viande et sans poisson)

Sans Porc

PAI allergie alimentaire

Fréquence :

Lundi

Mardi

Jeudi

Vendredi

FREQUENTATION PERISCOLAIRE

Mon enfant viendra REGULIEREMENT ou OCCASIONNELEMENT

(Cochez vos besoins)

Matin de 7h30 à 8h30 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Soir de 16h30/35 à 17h15 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

Soir de 16h30/35 à 18h30 Lundi Mardi Jeudi Vendredi

AUTORISATIONS PARENTALES

Autorisation d'accès dossier CAF (CDAP)

Je soussigné(e).....pour mon enfant

N° allocataire..... :

- J'autorise la consultation et l'utilisation des données de mon dossier par le service scolaire
 Je refuse que l'on consulte mon dossier et je m'engage à fournir en septembre et en février mon attestation QF
 Je ne suis pas allocataire CAF et je fournis mon avis d'imposition pour calcul du tarif adapté à mes revenus

En l'absence de ces éléments, le tarif maximum sera appliqué

Autorisation de sortie du périscolaire

J'autorise mon enfant à quitter, seul, les accueils périscolaires aux horaires prévus : Oui Non

Autorisation de droit à l'image

- J'autorise la ville du Gua et ses services à utiliser et diffuser l'image et la voix de mon enfant (photo et/ou vidéo) sur le site de la ville et sa page Facebook ainsi que sur différents supports papiers durant l'année scolaire.

PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT

Nom, prénom	Qualité	Téléphone	Ville

Autorisation parentale de prise en charge par les secours en cas d'urgence vitale

J'autorise le responsable du périscolaire à prendre toutes les dispositions rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à le faire hospitaliser en cas d'urgence : Oui Non

Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur joint et en accepter les conditions.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A Le Gua, le..... Signature :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

DONNEES PERSONNELLES

Selon le RGPD, toutes les informations personnelles que vous fournissez aux services périscolaires, pour l'inscription et l'accueil de votre enfant, restent confidentielles. Elles seront conservées le temps de l'année scolaire puis archivées 10 ans. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données sur demande ou par mail.

INSCRIPTIONS

Les réservations et annulations à la restauration scolaire et aux accueils périscolaires s'effectuent via l'espace famille. Vous recevrez les identifiants de connexion dès réception et validation de votre dossier.

En cas de problème vous pouvez contacter l'APC des Saillants : **04.76.72.37.60** ou apc.prelenfrey@legua-mairie.fr

ESPACE FAMILLE : Ouverture des droits d'inscriptions le Lundi 7 Août

**FICHE SANITAIRE
2023-2024**

NOM de l'enfant : Date de naissance :

Prénom de l'enfant : Classe :

1 -

VACCINATIONS (MERCİ DE FOURNİR UNE COPIE DES PAGES DES VACCİNS)

VACCİNS	Date du dernier rappel	VACCİNS	Date du dernier rappel
DT POLİO : dıphtıerie, tétanos poliomyélite		Hépatite B	
Coqueluche		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Infection invasive à Haemophilus type B		Infection invasive à pneumocoque	
Méningocoque de séroroupe C			

En cas de contre-indication à la vaccination, merci de joindre un certificat médical

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non si oui lequel :

L'enfant a-t-il un PAI ? oui non (merci de nous fournir une copie)

L'enfant bénéficie-t-il de l'AAEH ? oui non

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES ?

Asthme Alimentaire
Médicamenteuse Autres

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

3 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

port de lentilles, de lunettes, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement, trouble du comportement, etc.....
précisez

.....
.....

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM, Prénom

ADRESSE :

TÉL fixe Portable..... Travail :

NOM ET TÉL DU MÉDECIN TRAITANT

Date :

Signature :