

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION**  
**SCOLAIRE, PERISCOLAIRE ET CENTRE DE LOISIRS**

*Année 2022 / 2023*



**Mairie de Bezannes**  
1 Rue Source de Muire  
51430 Bezannes  
Tél : 03 26 36 56 57  
Mail : Mairie@bezannes.fr

**Ecole Sylvain Lambert**  
2 Chemin d'Ormes  
51430 Bezannes  
Tél : 03 26 36 22 04

**JUSTIFICATIFS À PRODUIRE :**

**→ PREMIERE INSCRIPTION**

- Dossier unique d'inscription scolaire et périscolaire complété,
- Photocopie des pièces d'identité des parents,
- Photocopie du livret de famille ou une copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant,
- Photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture gaz, électricité, eau, téléphone fixe, attestation carte vitale),
- Si l'enfant était déjà scolarisé, le certificat de radiation de l'école précédente indiquant la date d'effet de cette radiation,
- Attestation à jour de l'assurance responsabilité civile, scolaire et extra-scolaire,
- En cas de divorce : extrait du jugement précisant les conditions de garde exclusive ou alternée, précisant le planning de garde des enfants **et une attestation de l'autre parent**, autorisant la scolarisation de l'enfant sur Bezannes,
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA,
- Photocopie du carnet de santé de l'enfant comportant les vaccinations obligatoires ou à défaut, un justificatif de contre-indication,
- Si problème de santé (asthme, allergies, ...) : **P.A.I.** (Protocole d'Accueil Individualisé), **P.P.S.** (Protocole Personnalisé de Scolarité), **ou certificat médical** précisant le nom du médicament et la conduite à tenir.

**→ POUR UN RENOUELEMENT D'INSCRIPTION**

- Dossier d'inscription unique complété,
- Attestation à jour de l'assurance responsabilité civile, scolaire et extra-scolaire,
- En cas de divorce : extrait du jugement précisant les conditions de garde exclusive ou alternée, précisant le planning de garde des enfants **et une attestation de l'autre parent**, autorisant la scolarisation de l'enfant sur Bezannes,
- Photocopie du carnet de santé de l'enfant comportant les vaccinations obligatoires ou à défaut, un justificatif de contre-indication,
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA

INFORMATIONS

**L'ENFANT**

NOM : Prénom (s) : Sexe :  
Date de naissance :  
Adresse :

**LA FAMILLE**

**Responsable légal 1**

- Mère  
 Père  
 Autre responsable légal  
**Autorité parentale** OUI  NON

Nom :  
Nom d'usage :  
Prénom (s) :  
N° tél. fixe :  
N° tél. portable :  
Courriel :  
**Profession :**  
N° tél. professionnel :  
Adresse :  
(si différente de l'enfant)

**Situation familiale :**

- Marié  Pacsé  Célibataire

**Responsable légal 2**

- Mère  
 Père  
 Autre responsable légal  
**Autorité parentale** OUI  NON

Nom :  
Nom d'usage :  
Prénom (s) :  
N° tél. fixe :  
N° tél. portable :  
Courriel :  
**Profession :**  
N° tél. professionnel :  
Adresse :  
(si différente de l'enfant)

**Situation familiale :**

- Marié  Pacsé  Célibataire

**PERSONNES AUTORISEES ET INTERDITES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE**

Nom : Tél. :  Interdite à prendre l'enfant  
Prénom (s) : Adresse :  Autorisé à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Nom : Tél. :  Interdite à prendre l'enfant  
Prénom (s) : Adresse :  Autorisé à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

Nom : Tél. :  Interdite à prendre l'enfant  
Prénom (s) : Adresse :  Autorisé à prendre l'enfant

Lien avec l'enfant :

ASSURANCE DE L'ENFANT	NOM ET ADRESSE DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE
<b>RESPONSABILITE CIVILE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	N°Police :
<b>INDIVIDUELLE ACCIDENT</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	N°Police :
<b>EXTRA SCOLAIRE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	N°Police :

**L'attestation d'assurance doit être fournie chaque année dans le mois qui suit la rentrée scolaire.**

REGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES
<input type="checkbox"/> Allocataire CAF (régime général) <input type="checkbox"/> Régime spécial (MSA ou autre) <input type="checkbox"/> Sans régime  Numéro d'allocataire : Nombre d'enfant (s) à charge :

DROIT A L'IMAGE
<p>« Toute personne a, sur son image et sur l'utilisation qui en est faite, un droit exclusif et peut s'opposer à sa diffusion dans les différents supports de communication » :</p> <p>Autorise la prise de photos et vidéos par les animateurs périscolaires et de l'A.L.S.H. de Bezannes lors des activités à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OUI                      <input type="checkbox"/> NON</p>

AUTORISATIONS
<input type="checkbox"/> <b>JE M'ENGAGE</b> à venir chercher l'enfant avant l'heure de fermeture afin d'être présent pour la sortie.  <input type="checkbox"/> <b>J'AUTORISE</b> à faire procéder à l'hospitalisation de mon enfant en cas de besoin.  <input type="checkbox"/> <b>JE DÉGAGE</b> la commune de Bezannes de toute responsabilité vis-à-vis de l'enfant après les heures de prise en charge.  <input type="checkbox"/> <b>J'ATTESTE</b> avoir pris connaissance des règlements et <b>M'ENGAGE</b> à les faire respecter.
<p><b><u>Spécifique aux activités périscolaires et au centre de loisirs :</u></b></p> <p><b>J'AUTORISE</b> mon enfant à :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Participer aux activités et aux sorties.  <input type="checkbox"/> Participer aux activités aquatiques.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>J'AUTORISE</b> mon enfant à rentrer seul après les heures de prise en charge.</p>

## INFORMATIONS MEDICALES

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

#### MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom :

Téléphone :

L'enfant suit-il un traitement médical OUI  NON

**Si oui** : une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant) seront à remettre à l'enseignant ou à la restauration scolaire, au besoin.

### MALADIES

OUI  NON Rubéole

OUI  NON Coqueluche

OUI  NON Varicelle

OUI  NON Otite

OUI  NON Angines

OUI  NON Rougeole

OUI  NON Rhumatisme articulaire aigu

OUI  NON Autres

OUI  NON Oreillons

### ALLERGIES

OUI  NON Asthme

OUI  NON Alimentaires

(Joindre **obligatoirement le PAI** (Protocole d'Accueil Individualisé))

OUI  NON Médicamenteuses

OUI  NON Autres

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir**

### INFORMATIONS REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Sans viande

Sans porc

### DIFFICULTES DIVERSES DE SANTE

OUI  NON Maladie

OUI  NON Accident

OUI  NON Crises convulsives

OUI  NON Hospitalisation

OUI  NON Opération rééducation

OUI  NON Régime particulier

**Si oui, précisez les dates et les précautions à prendre :**

### RECOMMANDATIONS UTILES

OUI  NON Lunettes

OUI  NON Prothèse auditive

OUI  NON Prothèse dentaire

OUI  NON Autres

**Si autres recommandations, précisez lesquelles :**