

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE



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

POURQUOI UN DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION

- ✓ Pour faciliter les démarches administratives, en allégeant l'ensemble des procédures à respecter lors de chaque inscription d'un enfant,
- ✓ Pour permettre aux familles de ne communiquer, qu'une seule fois, l'ensemble des informations relatives à leur situation professionnelle et familiale, par le biais de ce formulaire unique à compléter soigneusement,
- ✓ Pour éviter de produire chaque année l'ensemble des documents, sous réserve que sa situation professionnelle ou familiale n'ait changé.

JUSTIFICATIFS À COMMUNIQUER POUR UNE PREMIÈRE 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,
- ✓ Pour les Bezannais qui bénéficient d'une aide de loisirs, attribuée par la CAF ou la MSA, photocopie du justificatif du couple ou des deux conjoints,
- ✓ Photocopie du brevet de natation si votre enfant en détient un,
- ✓ 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,

- Autorisation des parents précisant que ce document peut être porté à la connaissance du personnel en charge de *l'enfant et autorisant la pratique des gestes et l'administration des traitements prévus dans ce dernier*,
- Trousse avec médicament(s), dans leur emballage d'origine, marquée au nom et prénom de l'enfant, avec la notice à fournir au directeur du centre, le premier jour.

JUSTIFICATIFS À COMMUNIQUER POUR UN RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION

Pages 7 et 8 du dossier unique d'inscription, avec date et signature obligatoires pour les Services Périscolaires ET Attestation d'assurance responsabilité civile,

✓ L'attestation de quotient familial CAF ou MSA,

Justificatifs demandés si :

- Modification de la situation familiale, photocopie de toutes pièces justificatives de ce changement (mariage, divorce, droit de garde de l'enfant, changement d'adresse, de numéro de téléphone, de mail...),
- Nouveaux problèmes de santé, photocopie du carnet de santé de l'enfant comportant les vaccinations obligatoires ou à défaut un justificatif de contre-indication.

LA SCOLARITE

L'ENFANT

NOM : PRENOMS : SEXE :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
Quelle classe doit intégrer votre enfant :
ADRESSE :

LA FAMILLE

MERE/Responsable légal 1

Autorité parentale OUI NON

Nom :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Date et lieu de naissance :

Profession :

Adresse :

(si différente de l'enfant)

Situation familiale :

N° tél. fixe :

N° tél. portable :

N° tél. professionnel :

Courriel :

PERE/Responsable légal 2

Autorité parentale OUI NON

Nom :

Nom d'usage :

Prénom (s) :

Date et lieu de naissance :

Profession :

Adresse :

(si différente de l'enfant)

Situation familiale :

N° tél. fixe :

N° tél. portable :

N° tél. professionnel :

Courriel :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

Nom :	N° tél. fixe:	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Prénom (s) :	N° tél. portable :	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant :	Adresse :	

Nom :	N° tél. fixe:	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Prénom (s) :	N° tél. portable :	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant :	Adresse :	

Nom :	N° tél. fixe:	<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence
Prénom (s):	N° tél. portable :	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Lien avec l'enfant :	Adresse :	

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).*

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

<u>REGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES (pour les aides périscolaires)</u>
<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 à charge :

<u>DROIT A L'IMAGE</u>
<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><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>

<u>AUTORISATIONS</u>	
Mère/Autorité parentale 1	<input type="checkbox"/> Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves <i>(ne cocher qu'en cas de refus)</i>
Père/Autorité parentale 2	<input type="checkbox"/> Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves <i>(ne cocher qu'en cas de refus)</i>

INFORMATIONS MEDICALES

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MEDECIN TRAITANT

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

L'enfant suit-il un traitement médical OUI NON

Si oui : joindre 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)

MALADIES

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Coqueluche
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Otite
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Angines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Rougeole
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Oreillons	

ALLERGIES

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Asthme <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Alimentaires (joindre obligatoirement le PAI (protocole d'accueil individualisé)) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Médicamenteuses <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Maladie <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Accident <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Crises convulsives <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Hospitalisation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Opération rééducation <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Régime particulier	Si oui, précisez les dates et les précautions à prendre :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------

RECOMMANDATIONS UTILES

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Lunettes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Prothèse auditive <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Prothèse dentaire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Autres	Si autres recommandations, précisez lesquelles :
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

- **JE M'ENGAGE** à venir chercher l'enfant avant l'heure de fermeture afin d'être présent pour la sortie
- **J'AUTORISE** à faire procéder à l'hospitalisation de mon enfant en cas de besoin
- **JE DÉGAGE** la commune de Bezannes de toute responsabilité vis-à-vis de l'enfant après les heures de prise en charge (18h30 maximum)
- **J'ATTESTE** avoir pris connaissance du règlement unique et m'engage à le faire respecter.

Date :

Signature Mère/Représentant légal 1 : Signature Père/Représentant légal 2 :

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.

INSCRIPTION PERISCOLAIRE

LE PARENT

NOM : PRENOMS :

L'ENFANT

NOM : PRENOMS : SEXE :
 ADRESSE :
 CLASSE :

Je demande l'inscription de mon enfant aux activités périscolaires suivantes :

GARDERIES

MATERNELLE : Conformément au règlement intérieur, tout enfant de maternelle (PS, MS, GS) ne participera pas à plus de 2 temps d'accueil par jour, sauf justificatif ponctuel.

Jours et périodes à cocher dans les tableaux ci-dessous :

Garderie	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
07 h 30 à 08 h 30					
16 h 30 à 17 h 30					
17 h 30 à 18 h 30 (sortie échelonnée)					

ELEMENTAIRE

Garderie	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
07 h 30 à 08 h 30					
16 h 30 à 17 h 30					
17 h 30 à 18 h 30 (sortie échelonnée)					

RESTAURATION SCOLAIRE

- Inscrit mon enfant tous les jours de la semaine,
 Inscrit mon enfant à des jours fixes de la semaine LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI
 Inscrit mon enfant occasionnellement

MERCREDI

- Journée complète (repas et goûter compris) :** L'accueil se fait entre 8h00 et 9h00 et le départ entre 17h30 et 18h00.
- Demi-journée du matin + repas au restaurant scolaire :** L'accueil se fait entre 8h00 et 9h00 et le départ entre 13h15 et 13h30.
- Demi-journée du matin :** L'accueil se fait entre 8h00 et 9h00 et le départ entre 12h15 et 12h30.
- Demi-journée de l'après-midi (goûter compris) :** L'accueil se fait entre 13h15 et 13h30 et le départ entre 17h30 et 18h00.

Fait à :le Signature(s) :

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les informations nominatives recueillies sur le présent formulaire peuvent faire l'objet d'un droit d'accès et de rectification. Ce droit s'exerce auprès de la commune de Bezannes.