

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

ET PERISCOLAIRE

Année scolaire 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

Vous n'êtes pas concernés par ce dossier si votre enfant est déjà scolarisé à l'école Sylvain Lambert et qu'il ne fréquentera pas les services périscolaires.

JUSTIFICATIFS À PRODUIRE :

→ POUR UNE PREMIERE INSCRIPTION SCOLAIRE ET / OU PERISCOLAIRE

- 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 PERISCOLAIRE UNIQUEMENT

- Dossier d'inscription scolaire et périscolaire 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.

L'attestation de quotient familial devra être fourni en début de chaque année civile et au plus tard le 15 janvier.

LA SCOLARITE

L'ENFANT

NOM : Prénom (s) : Sexe :
Date de naissance :
Quelle classe doit intégrer votre enfant :
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 A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

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

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

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.

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><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>

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

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

<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

- 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 :

INSCRIPTION PERISCOLAIRE

L'ENFANT

NOM : Prénom :

*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.*

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

TEMPS PERISCOLAIRES (accueil du matin - restauration scolaire - accueil du soir)

⚠ 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 :

Si garde alternée, préciser semaines paires ou impaires

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
Accueil matin 07 h 30 à 08 h 30				
Restauration scolaire 11 h 30 à 13 h 30				
Accueil soir 1^{ère} heure 16 h 30 à 17 h 30				
Accueil soir 2^{ème} heure 17 h 30 à 18 h 30				

MERCREDIS LOISIRS

	Mercredi
Journée complète 8 h 00 à 18 h 00	
½ journée matin 8 h 00 à 12 h 15	
½ journée matin + repas 8 h 00 à 13 h 30	
½ journée après-midi 13 h 30 à 18 h 00	

Fait à : le

Signature des responsables légaux