

# 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](mailto: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.



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

| <b><u>REGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES (pour les aides périscolaires)</u></b>   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Allocataire CAF (régime général)<br><input type="checkbox"/> Régime spécial (MSA ou autre)<br><input type="checkbox"/> Sans régime<br><br>Numéro d'allocataire :<br>Nombre d'enfant à charge : |

| <b><u>DROIT A L'IMAGE</u></b>   |
|---|
| <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<br/><input type="checkbox"/> NON</p> |

| <b><u>AUTORISATIONS</u></b>      |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Mère/Autorité parentale 1</b> | <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> |
| <b>Père/Autorité parentale 2</b> | <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

- 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 :**

- **JE M'ENGAGE** à venir chercher l'enfant avant l'heure de fermeture et 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 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 :

| <b>Garderie</b>   | <b>Lundi</b> | <b>Mardi</b> | <b>Jeudi</b> | <b>Vendredi</b> | <b>Occasionnel</b> |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------------|
| 07 h 30 à 08 h 30 |              |              |              |                 |                    |
| 16 h 30 à 17 h 30 |              |              |              |                 |                    |
| 17 h 30 à 18 h 30 |              |              |              |                 |                    |

#### ELEMENTAIRE

| <b>Garderie</b>   | <b>Lundi</b> | <b>Mardi</b> | <b>Jeudi</b> | <b>Vendredi</b> | <b>Occasionnel</b> |
|-------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|--------------------|
| 07 h 30 à 08 h 30 |              |              |              |                 |                    |
| 16 h 30 à 17 h 30 |              |              |              |                 |                    |
| 17 h 30 à 18 h 30 |              |              |              |                 |                    |

## 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

- Inscrit mon enfant le matin seulement sans repas (8h – 12h30) - Départ à partir de 12h20
  
- Inscrit mon enfant l'après-midi seulement sans repas (13h30 – 18h)  
Arrivée à partir de 13 h 20 et départ à partir de 17 h 45
  
- Inscrit mon enfant la journée complète (8h – 18h)
  - avec repas
  - avec panier (si PAI)

Fait à : ..... le .....  
Signature(s) :