

Dossier unique d'inscription scolaire et périscolaire

**Le dossier sera accepté sous condition de complétude :
Ce dossier renseigné et accompagné des pièces complémentaires.**

	Mairie de Bezannes 1 rue Source de Muire 51726 Bezannes Cedex	École Sylvain Lambert 2 chemin d'Ormes 51430 Bezannes	INSCRIPTIONS
	Tel : 03.26.36.56.57 Fax : 03.26.36.54.13 Mail : mairie@bezannes.fr	Tel : 03.26.36.22.04 Fax : 03.26.36.22.04	<u>ECOLE</u> <input type="checkbox"/> <u>CANTINE</u> <input type="checkbox"/> <u>GARDERIE MATIN</u> <input type="checkbox"/> <u>GARDERIE SOIR</u> <u>DE 16H30 A 17H30</u> <input type="checkbox"/> <u>DE 17H30 A 18H30</u> <input type="checkbox"/> <u>MERCREDI LOISIRS</u> <input type="checkbox"/>

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.

QUELS JUSTIFICATIFS 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) ;
- ✓ 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 ;
- ✓ Le dernier avis d'imposition ou de non-imposition du couple ou des deux conjoints, et/ou attestation de revenus perçus à l'étranger ;
- ✓ 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. (Protocol 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 de l'enfant, avec la notice à fournir au directeur du centre, le premier jour.

QUELS JUSTIFICATIFS COMMUNIQUER POUR UN RENOUVELLEMENT D'INSCRIPTION ?

- ✓ **Page 5 du dossier unique d'inscription, avec date et signature obligatoires pour les Services Périscolaires ET Attestation d'assurance responsabilité civile ;**
- ✓ Avis d'imposition ou de non-imposition du couple ou des deux conjoints, et/ou attestation de revenus perçus à l'étranger ;
- ✓ 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, ...) ;
 - 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 : _____
 Classe : _____
 ADRESSE : _____

LA FAMILLE*

MERE /Responsable légal 1	PERE/Responsable légal 2
Autorité parentale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autorité parentale OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Nom de famille :	Nom :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénom (s) :	Prénom (s) :
Date et lieu de naissance :	Date et lieu de naissance :
Profession :	Profession :
Adresse :	Adresse :
(si différente de l'enfant)	(si différente de l'enfant)
Situation familiale :	Situation familiale :
N° tél. fixe :	N° tél. fixe :
N° tél. portable :	N° tél. portable :
N° tél. professionnel :	N° tél. professionnel :
Courriel :	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

	Compagnie d'assurance et adresse	
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.....

A défaut de responsabilité civile, je m'engage, dans le cas où mon (mes) enfant (s) est (sont) scolarisé (s), à produire chaque année l'attestation, dans le mois qui suit la rentrée scolaire.

REGIME DE PRESTATIONS FAMILIALES (pour les aides périscolaires) :

Allocataire CAF (régime général) Régime spécial (MSA ou autre) Sans régime

Numéro d'allocataire :

Nombre d'enfant à charge :

DROIT A L'IMAGE

« 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 » :

Autorise la prise de photos et vidéos par les animateurs de l'A.L.S.H. de Bezannes lors des activités à des fins d'illustration dans ses différents supports de communication :

OUI

NON

AUTORISATIONS

Mère/Autorité parentale 1

Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves (*ne cocher qu'en cas de refus*)

Père/Autorité parentale 2

Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves (*ne cocher qu'en cas de refus*)

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

RUBEOLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
VARICELLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ANGINES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
OREILLONS	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	AUTRES	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES

ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON

(joindre **obligatoirement** le PAI (protocole d'accueil individualisé))

MEDICAMENTEUSES OUI NON

AUTRES OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir si auto médication le signaler

INFORMATIONS REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Sans viande

Sans porc

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

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



- **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 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.

INSCRIPTION PERISCOLAIRE

LE PARENT

NOM : _____ PRENOMS : _____

L'ENFANT

NOM : _____ PRENOMS : _____ SEXE : _____
ADRESSE : _____

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

ACCUEIL GARDERIE MATIN ET 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 le tableau ci-dessous

Garderie	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
7 h 45 à 8 h 30					
16 h 30 à 17 h 30					
17 h 30 à 18 h 30					

ÉLÉMENTAIRE

Jours et périodes à cocher dans le tableau ci-dessous

Garderie	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnel
7 h 45 à 8 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 13h20. Départ à partir de 17h50.
- Inscrit mon enfant la journée complète avec repas apporté par les parents (8h – 18h)

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.