

ANNEE SCOLAIRE 2024/2025 :
INSCRIPTION AUX SERVICES COMMUNAUX D'ACCUEIL DES ENFANTS SCOLARISES

	Parent 1 Adresse de facturation	Parent 2
Nom et Prénom		
Adresse		
Commune		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Mail		

Nom du représentant légal : _____

Situation familiale : marié (e) - vie maritale – pacsés - divorcé (e) – séparé (e) – célibataire

En cas de séparation des parents, précisez qui prend en charge les factures : _____

Garde alternée : OUI NON (si oui, fournir le planning)

Nombre d'enfants à charge (fournir justificatif) : _____

N° CAF (obligatoire même pour travailleurs frontaliers) : _____

Situation professionnelle :

	Parent 1	Parent 2
Situation actuelle : (salarié, indépendant, chômage, disponibilité, etc) à préciser		
Nom de l'employeur		
Adresse employeur		
Téléphone employeur		

Inscrivent leur (s) enfant (s) :

Nom	Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Ecole Publique		Ecole Privée		Autres
				Maternelle	Elémentaire	Maternelle	Elémentaire	

Régime particulier : _____

Nom des personnes autorisée à venir chercher les enfants : _____

PRE-INSCRIPTION : l'inscription définitive s'effectue sur le portail famille avec le n° de dossier qui vous sera communiqué

1/ Au restaurant scolaire jusqu'au jeudi

2/ A l'accueil périscolaire jusqu'au dimanche

Les inscriptions sont bloquées pour la semaine suivante, sans possibilité de modification.

VEUILLEZ COMPLETER LA ou LES FICHE (S) SANITAIRE (S) CI-DESSOUS

Personnes à contacter en cas d'urgence par ordre de priorité :

1/ Nom & prénom :	Lien de parenté :
Tél domicile :	Tél travail :
Portable :	Lieu de travail :
2/ Nom & prénom :	Lien de parenté :
Tél domicile :	Tél travail :
Portable :	Lieu de travail :
3/ Nom & prénom :	Lien de parenté :
Tél domicile :	Tél travail :
Portable :	Lieu de travail :

PREMIER ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : publique privée Classe : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements médicaux :

Allergies :

Médicamenteuses oui non asthme oui non

Alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Tout problème de santé doit faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil d'Individualisé). Celui-ci est établi avec votre médecin traitant.

- **Un RV avec les responsables est indispensable pour expliquer la conduite à tenir en cas de trousse de secours avec la prise des médicaments spécifiques**

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné _____ certifie que mon enfant _____

- Est à jour des vaccins obligatoires.
- Déclare exacts les renseignements médicaux portés ci-dessus
- Autorise le responsable d'accueil des enfants scolarisés aux Rousses à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature,

! FINALISEZ LE DOSSIER EN SIGNANT PAGE 4

DEUXIEME ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : publique privée Classe : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements médicaux :

Allergies :

Médicamenteuses oui non asthme oui non

Alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Tout problème de santé doit faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil d'Individualisé). Celui-ci est établi avec votre médecin traitant.

- **Un RV avec les responsables est indispensable pour expliquer la conduite à tenir en cas de trousse de secours avec la prise des médicaments spécifiques**

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné _____ certifie que mon enfant _____

- Est à jour des vaccins obligatoires.
- Déclare exacts les renseignements médicaux portés ci-dessus
- Autorise le responsable d'accueil des enfants scolarisés aux Rousses à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature,

TROISIEME ENFANT :

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ecole : publique privée Classe : _____

Nom et téléphone du médecin traitant : _____

Renseignements médicaux :

Allergies :

Médicamenteuses oui non asthme oui non

Alimentaires oui non autres oui non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

Tout problème de santé doit faire l'objet d'un P.A.I. (Projet d'Accueil d'Individualisé). Celui-ci est établi avec votre médecin traitant.

- **Un RV avec les responsables est indispensable pour expliquer la conduite à tenir en cas de trousse de secours avec la prise des médicaments spécifiques**

Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

Je soussigné _____ certifie que mon enfant _____

- Est à jour des vaccins obligatoires.
- Déclare exacts les renseignements médicaux portés ci-dessus
- Autorise le responsable d'accueil des enfants scolarisés aux Rousses à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature,

Observations des parents : _____

- certifie (nt) avoir pris connaissance du règlement ci-annexé et en accepte (nt) les termes
- certifie (nt) l'exactitude des renseignements mentionnés dans la présente fiche d'inscription
- s'engage (nt) à informer le secrétariat de mairie et l'accueil périscolaire et de loisirs de toutes modifications dans la situation familiale, professionnelle ou tout renseignement relatif à l'enfant
- mettre en place un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) en cas d'allergie alimentaire ou de problème de santé
- autorise que mon ou mes enfants soient photographiés et filmés dans les cadres des activités et diffusé sur le site de la mairie OUI NON
- autorise mon ou mes enfants à participer au (x) pique-nique (s) proposé (s) par la cantine à l'extérieur de l'enceinte de la structure, les sorties en CLSH ou périscolaire en mini-bus ou à pied (à rayer dans le cas contraire)
- autorise (nt) les services du secrétariat de mairie à consulter le site CDAP de la CAF me concernant.

Les Rousses, le _____

Signature (des deux parents),

Pièces jointes pour la cantine et la garderie périscolaire :

Attestation d'assurance extrascolaire

RIB pour prélèvement bancaire (voir règlement)

Uniquement pour la périscolaire/accueil de loisirs pour calculer le barème :

copie de l'avis d'imposition DE 2023 SUR LES REVENUS 2022 – calculé sur le revenu fiscal de référence (des deux membres de la famille)

copie du ou des livret (s) de famille (tous les membres et tous les enfants)

Seuls les dossiers complets seront acceptés

Merci de vérifier que vous êtes à jour de vos paiements de l'année scolaire précédente pour permettre la validation de cette nouvelle inscription