

DOSSIER INSCRIPTION RENTRÉE 2023

Ecole Maternelle et Périscolaire

- Inscription validée
 Registre école
 Base élève
 MS - GS Radiation
 Dérogation
 Scan mairie
 Gmail

1 - ÉCOLE

RECEPTIONNE EN MAIRIE LE ____ / ____ / ____ et vaut CERTIFICAT D'INSCRIPTION

Élève

Nom	Prénom

Sexe	Date de naissance	Lieu de naissance (ville et département)	Niveau	Adresse
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F/...../.....		 ---

Responsables légaux

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre
Nom de naissance			
Nom d'usage			
Prénom			
Date de naissance/...../...../...../...../...../.....
Lien avec l'enfant			
Adresse (si différente de celle de l'enfant) --- ---	
Profession Et adresse de l'employeur Et code (voir explicatif)Code :Code :Code :
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Coordonnées	☎ maison ☎ portable ☎ travail ✉ mail _____ @ _____	☎ maison ☎ portable ☎ travail ✉ mail _____ @ _____	☎ maison ☎ portable ☎ travail ✉ mail _____ @ _____
Parents	<input type="checkbox"/> mariés <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> pacsés <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> divorcés* <input type="checkbox"/> séparés* <input type="checkbox"/> veuf / veuve * accord obligatoire des 2 parents pour inscription		
Diffusion de vos coordonnées auprès des Associations de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> j'accepte <input type="checkbox"/> je refuse	<input type="checkbox"/> j'accepte <input type="checkbox"/> je refuse	<input type="checkbox"/> j'accepte <input type="checkbox"/> je refuse

Signature des responsables légaux :

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Autre

Accueils périscolaires

À partir de 2 ans et demi. Ces accueils (matins et soirs) se font **sans réservation**. Pour l'accueil du soir, le signaler aux enseignants le matin. Seule une **personne majeure** est habilitée à venir chercher l'enfant.

Restauration Scolaire – PORTAIL FAMILLE

A PARTIR DE 3 ANS (voir règlement sur www.condrieu.fr)

► **CONNEXION OBLIGATOIRE AU PORTAIL FAMILLE** : les codes de connexion seront envoyés par mail à réception du dossier.

- Votre enfant ne sera jamais présent au Restaurant Scolaire.
- Votre enfant sera présent au Restaurant Scolaire :
 - A l'année :
 - o Espace Famille/ Planning des activités/ Faire une demande sur une longue période/ Réservations.
 - Au mois : **RESERVATION AVANT LE 25 DU MOIS PRECEDENT**
 - o Espace Famille/ Planning des activités/ Cocher les jours de votre choix.
- Régime particulier : **SANS VIANDE UNIQUEMENT** (cochez la case pour les régimes sans porc/ sans bœuf/ végétarien)

Autorisations et informations

	Oui	Non
Hospitalisation en cas d'urgence  Réponse obligatoire		
Photographier / Filmer votre enfant (communication interne et externe à nos services)		
Autorisation de faire du sport dans le cadre périscolaire		
Votre enfant a un régime alimentaire particulier (allergie). Un protocole (PAI) devra être établi par votre médecin.		

Allocataire CAF : mère père N° : _____
MSA : mère père Quotient familial : _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

N'inscrivez que les **personnes majeures** dans ce tableau, **les mineurs ne sont pas autorisés à récupérer votre enfant sur les temps périscolaires (de 16h30 à 18h)**.

COCHEZ POUR URGENCE UNIQUEMENT	<input type="checkbox"/>	Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Coordonnées
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

*Je déclare avoir lu le règlement du Restaurant Scolaire et des Accueils Périscolaires (disponible sur www.condrieu.fr).
La signature de ce document vaut acceptation du règlement.*

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – Enfant

Nom	Prénom

Sexe	Date de naissance	Numéro de sécurité social
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F/...../.....	

2 - Vaccinations

Vaccins obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates des derniers rappels
DT POLIO Obligatoire		Méningocoque C	
Coqueluche		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Haemophilus		BCG	
Hépatite B		Autres (préciser)	
Pneumocoque		Autres (préciser)	

3 – Renseignements médicaux

Nom et coordonnées du médecin traitant :

L'enfant suit-il un traitement médical : oui non

Si OUI : contacter le directeur de l'école pour mettre en place un protocole (PAI) établi par votre médecin.

Précisions concernant le traitement :

.....

.....

.....

L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies** suivantes :

	Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons
OUI									

Allergies : Asthme : oui non
 Alimentaires : oui non → si oui, précisez :
 Médicamenteuses : oui non → si oui, précisez :
 Autres :

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

.....

Préciser si votre enfant a des **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

4 – Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte : un appareil dentaire un appareil auditif
 des lunettes. Si oui, doit-il les porter en permanence ? oui non

Au besoin, précisez :

5 – Personnes majeures à prévenir en cas d'urgence

Nom	Prénom	Téléphone portable <i>(obligatoire)</i>	Lien avec l'enfant

Je soussigné(e), _____, autorise les responsables de l'école et du périscolaire à prendre, en cas d'urgence, les dispositions nécessaires.

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements portés sur ce document.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature + Mention « lu et approuvé » :