



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PRE-INSCRIPTION SCOLAIRE

INSCRIPTIONS RESTAURATION SCOLAIRE- ACCEUILS MATIN ET SOIR

ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

L'ENFANT

Nom de l'enfant :	Prénom :
-------------------------	----------------

Né(e) le :	À :département :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
------------------	------------------------------	---

Adresse de l'enfant :

1^{ère} inscription sur notre commune :

Si l'enfant était scolarisé : Nom de l'école précédente :

Commune :Classe :

LA FRATRIE

Nom et Prénom	Dates de naissance	(Si scolarisé) Niveau et Ecole fréquentée en 2021-2022

LES PARENTS

Situation familiale : Mariés Séparés* Divorcés* Union libre Autres

Dans le cas où les parents sont séparés ou divorcés, veuillez préciser s'il y a :

Garde conjointe Garde confiée à la mère Garde confiée au père

Les deux parents possèdent-ils l'autorité parentale : Oui Non

*** fournir la copie de la décision de la justice fixant la résidence habituelle de l'enfant.**

	Responsable légal n°1	Responsable légal n°2
Nom
Prénom
Adresse
Profession
Numéros de téléphone	Domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../..... Travail :/...../...../...../.....	Domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../..... Travail :/...../...../...../.....
Adresse Mail

AUTRES RENSEIGNEMENTS

A quel régime d’allocataire êtes-vous affilié : (renseignement OBLIGATOIRE)

- Régime général CAF / n° d’allocataire : |__|__|__|__|__|__|__|
- MSA
- Régime maritime

Assurance : Nom de la compagnie d’assurance :

N° du contrat :

Numéro de téléphone à appeler en cas d’urgence – joignables à tout moment de la journée (**autres que ceux des parents**)

Nom et prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone
...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....

Votre enfant mange-t-il du porc : Oui Non

Si votre enfant présente un trouble de la santé chronique nécessitant une prise en charge particulière (prise de médicament, prise en charge d’allergie, maladie nécessitant un « protocole d’urgence », régimes alimentaires spécifiques, etc.), il est nécessaire de prévoir au préalable un projet d’accueil individualisé (PAI).

La prise en charge de votre enfant nécessite-t-elle un PAI ? Oui Non

Si oui, avez-vous déjà signé un PAI avec l’établissement scolaire de votre enfant ? Oui Non

Si non, veuillez prendre un RDV avec la direction de l’établissement scolaire.


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


.....


.....


Date du dernier rappel antitétanique : + Photocopies des pages de vaccinations (obligatoires)

Les autorisations : Cela concerne l'accueil du soir pour les maternels et élémentaires, les personnes autorisées à venir récupérer mon enfant:

M. / Mme 

M. / Mme 

M. / Mme 

M. / Mme..... 

Attention ! Une pièce d'identité pourra être demandée à tout moment.

Si une autre personne se présente autre que celles indiquées ci-dessus, vous devrez auparavant nous avoir fourni une autorisation écrite et signée de votre part afin que nous puissions lui confier votre enfant.

J'autorise mon enfant à être filmé/ photographié dans le cadre des activités périscolaires : Oui Non

J'autorise mon enfant à apparaître sur le site Internet de la Mairie : Oui Non

J'autorise l'accès à mon compte CDAP pour connaître mon quotient CAF Oui Non

Uniquement pour les élémentaires :

J'autorise mon enfant inscrit à l'accueil du soir à quitter seul l'établissement : Oui Non

TABLEAU DES INSCRIPTIONS

Inscription aux services (Veuillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine)			
	Accueil du matin (7h20-8h10)	Restauration Scolaire	Accueil du soir (16h30-18h30)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je (nous) soussigné(s)..... responsable (s) légal (aux) de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise (sons) les responsables de l'établissements d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

La signature vaut acceptation des règlements de fonctionnement de la restauration scolaire et des accueils du matin et du soir. Ils sont disponibles sur le site <https://ville-lapennesurhuveaune.fr/>

Date :

Signatures du (des) responsable(s) légal (aux) :