



MAIRIE DE LA PENNE-SUR-HUVEAUNE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PRÉ-INSCRIPTION SCOLAIRE

INSCRIPTIONS RESTAURATION SCOLAIRE- ACCUEILS MATIN ET SOIR

ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

Date d'entrée à l'école : Rentrée de septembre Autre (précisez) :

L'ENFANT :

Nom Prénom : Sexe : M F

Date de naissance : Lieu de naissance(ville/département) :

Adresse :

L'enfant réside : chez ses parents chez la mère chez le père garde alternée famille d'accueil

Inscription en classe de :

Maternelle petite section moyenne section grande section

Elémentaire Cp CE1 CE2 CM1 CM2

1^{ère} inscription sur notre commune, si l'enfant était scolarisé :

Nom de l'école précédente : Commune : Classe :

LA FRATRIE :

Nom et prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe

FAMILLE :

Situation familiale : mariés divorcés* vie maritale pacsés séparés veuf(ve)

Les deux parents possèdent-ils l'autorité parentale : Oui
 Non Garde confiée à la mère Garde confiée au père

*** fournir la copie de la décision de 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 :/...../...../.....
Courriel

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

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

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

Assurance : Nom de la compagnie d’assurance :
N° du contrat :

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

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

Repas : Carné Non carné

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 à 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 :


Autorisation de prise de photographies et de diffusion des images : compléter l’annexe 1

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.

Afin de connaître mon quotient CAF J’autorise l’accès à mon compte CDAP Oui Non

Uniquement pour les élémentaires :

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

*compléter la fiche d’autorisation disponible en mairie

TABLEAU DES INSCRIPTIONS

Inscription aux services						
Veillez cocher vos choix en fonction des jours de la semaine						
	Accueil du matin 7h20-8h10	Restauration Scolaire 11h20-13h20	Accueil du soir			
			16h30 17h00	17h00 17h30	17h30 18h00	18h00 18h30
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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) :