

DOSSIER INSCRIPTION SCOLAIRE
TEMPS PERISCOLAIRES ET ACCUEIL DE LOISIRS
ANNEE SCOLAIRE 2017/2018

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :



PIECES JUSTIFICATIVES (originaux et photocopies)

- Dossier dûment complété et signé
- Photocopie du livret de famille (parents et enfant) ou extrait de naissance avec filiation
- Photocopie de **deux** justificatifs de domicile de moins de 3 mois : quittance de loyer (non manuscrite) ou facture (gaz, électricité, eau, téléphone fixe).
- Pour le(s) responsable(s) légal (aux) hébergé(s) par une tierce personne :
 - Attestation d'hébergement sur l'honneur
 - Photocopie d'un justificatif de domicile de l'hébergeant de moins de 3 mois
 - Photocopie d'une pièce d'identité de l'hébergeant
 - Photocopie de **deux** justificatifs de domicile de l'hébergé à l'adresse de l'hébergeant (attestation CAF, Sécurité sociale, ou Pôle emploi)
- Pour les parents divorcés ou séparés avec jugement, nous fournir une photocopie du jugement fixant la résidence habituelle de l'enfant
- Pour les parents séparés sans ou en attente de jugement, remplir une attestation sur l'honneur où l'un des deux parents indique obligatoirement son domicile pour définir l'école que fréquentera l'enfant

DOSSIER A RENDRE AVANT LE 28 AVRIL 2017

AU SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRES A LA MAIRIE

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE



**DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE
ANNEE 2017 / 2018**

ENFANT

Nom / Prénom :

Sexe : F M

Date et lieu de naissance :

Niveau (cocher la case correspondante): PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

Frères et sœurs fréquentant une école maternelle ou élémentaire de Saint Jean de Védas :
(Noms, Prénoms, Ecole, Classe) :

PREMIER REPRESENTANT LEGAL

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

DEUXIEME REPRESENTANT LEGAL

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Je soussigné(e)atteste sur l'honneur
l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d'inscription.

Fait à :le :

Signature :

DECISION DE LA COMMISSION D'HARMONISATION

Date de la commission :

Enfant affecté au sein de l'école :

Niveau :

Visa :

Corine MASANET
Maire adjoint en charge de la réussite éducative



PHOTO
OBLIGATOIRE



DOSSIER INSCRIPTION TEMPS PERISCOLAIRES, ACCUEIL DE LOISIRS, CENTRE DE JEUNESSE

1 / ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

SEXE : GARCON FILLE

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

ECOLE : _____ Classe : _____

Habite chez (noter les semaines) : Père Mère

2 / RESPONSABLES LEGAUX

Père

Mère

Nom / Prénom :
Profession :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Tel domicile :
Tel portable :
Tel professionnel :
Courriel :

Nom / Prénom :
Profession :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
Tel domicile :
Tel portable :
Tel professionnel :
Courriel :

Autorité parentale : Oui Non
Prévenir en cas d'urgence : Oui Non
Payeur : Oui Non

Autorité parentale : Oui Non
Prévenir en cas d'urgence : Oui Non
Payeur : Oui Non

3 / ASSURANCES

Sécurité sociale : CPAM MSA Autres

Numéro : _____

CAF : Hérault Autres

Numéro : _____

4 / CONTACTS AUTORISÉS (Autres que les parents)

Nom / Prénom	Lien parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(*) REC : pouvant récupérer l'enfant

URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

5 / INFORMATIONS MEDICALES

➤ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TETANOS		HEPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYELITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS EVENTUELS (préciser)		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant porte t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires :

L'enfant a t il eu les maladies suivantes : coqueluche Oreillons Rougeole Rubéole
Scarlatine Varicelle

L'enfant a t il fréquemment : Angine Otite Rhumatisme Asthme

Allergies : Oui Non PAI

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 marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du représentant légal.**

Régime alimentaire (sans porc) :

6 / AUTORISATIONS

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires Oui Non

- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées Oui Non

- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville Oui Non

Les autorisations courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.

Nous soussignons M.

et Mme

Responsables légaux de l'enfant, déclarons l'exactitude de ces informations

Fait à

le

Signature du père

Signature de la mère