



Mairie de Saint Jean de Védas
Service des Affaires scolaires
4 rue de la Mairie
34430 SAINT JEAN DE VÉDAS
Tél : 04 67 07 83 24

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE

Année scolaire 2019-2020

La campagne d'inscription scolaire a lieu du **5 février 2019 au 29 mars 2019**
Les parents sont invités à se présenter au service des affaires scolaires munis du formulaire dûment complété, accompagné des pièces justificatives nécessaires.

L'ENFANT

Nom :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Prénom :	
Né(e) le : _ _ _ _ _ _ _ _	Commune de naissance :
Adresse N°/ rue :
Code Postal : _ _ _ _	Commune :

SCOLARISATION en cours si déjà scolarisé sur une autre commune

Commune :
École fréquentée :
Niveau :

CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

École de secteur :	<input type="checkbox"/> Jean d'Ormesson	<input type="checkbox"/> Escholiers	<input type="checkbox"/> Louise Michel	<input type="checkbox"/> Cassin/Cabrol
<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Petite section	<input type="checkbox"/> Moyenne section	<input type="checkbox"/> Grande section	
<input type="checkbox"/> Élémentaire	<input type="checkbox"/> CP	<input type="checkbox"/> CE1	<input type="checkbox"/> CE2	<input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2
Date de la validation	/ 2019	Ciril <input type="checkbox"/>	
Visa :	BB <input type="checkbox"/>	LB <input type="checkbox"/>		

DOCUMENTS A FOURNIR

Tout dossier incomplet ne pourra être accepté.

Documents justificatifs (originaux et photocopies) à présenter obligatoirement en Mairie, service des Affaires scolaires.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1- Livret de famille ou copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant | <input type="checkbox"/> |
| 2- Carnet de santé comportant les vaccinations obligatoires ou à défaut les certificats de vaccinations | <input type="checkbox"/> |
| 3- Pièce d'identité d'un des responsables légaux | <input type="checkbox"/> |
| 4- Deux justificatifs de domicile de moins de trois mois | <input type="checkbox"/> |
| 5- Intégralité du dernier avis d'imposition 2018 sur revenus 2017.
(En cas de non présentation le tarif maximum sera appliqué) | <input type="checkbox"/> |
| 6- En cas de séparation ou de divorce, un extrait du jugement définissant la garde de l'enfant ou l'autorisation de l'autre parent avec photocopie d'une pièce d'identité. | <input type="checkbox"/> |

En cas de demande de dérogation, veuillez-vous rapprocher du service des Affaires scolaires.



**DOSSIER D'INSCRIPTION
TEMPS PÉRISCOLAIRES
ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020**



ENFANT

Nom : Prénom :
 Sexe : Garçon Fille
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance :

RESPONSABLES LÉGAUX

PÈRE

MÈRE

NOM :
 Prénom :
 Né le : à
 Adresse :

 Tél. domicile :
 Tél. portable :
 Tél. professionnel :
 Courriel :
 Autorité Parentale : OUI NON
 Prévenir en cas d'urgence : OUI NON
 Payeur : OUI NON

NOM :
 Prénom :
 Née le : à
 Adresse :

 Tél. domicile :
 Tél. portable :
 Tél. professionnel :
 Courriel :
 Autorité Parentale : OUI NON
 Prévenir en cas d'urgence : OUI NON
 Payeur : OUI NON

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

- Garde conjointe et simultanée des 2 parents. Garde chez un seul parent (à préciser) :
- Garde alternée - Semaine paire, chez :
 - Semaine impaire, chez :

ASSURANCES

Régime d'assurance maladie : CPAM MSA Autres

CAF : Numéro d'allocataire : Hérault Autres

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT (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

Cadre réservé à l'administration

Maternelle Élémentaire
 École d'affectation : Escholiers Louise Michel Jean d'Ormesson Cassin/Cabrol

INFORMATIONS MÉDICALES

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

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DIPHTÉRIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS ÉVENTUELS (préciser)		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE	

➤ RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant : Téléphone :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires ? Oui Non

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?
Coqueluche Oreillons Rougeole
Rubéole Scarlatine Varicelle Angine Otite Rhumatisme

L'enfant a-t-il de l'Asthme ? Oui Non

Allergies : Non Oui Préciser :
.....

PAI Oui Non (Prendre contact avec le directeur de la structure) Non

Autres difficultés de santé à signaler :

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du représentant légal.

AUTORISATIONS

- Je souhaite que mon enfant bénéficie du plat de substitution sans porc Oui Non

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

- J'autorise mon enfant à être transporter par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer les activités organisées Oui Non

- J'autorise l'utilisation des photos ou vidéos de mon enfant prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville Oui Non

Nous, Monsieur et Madame
responsables légaux de l'enfant déclarons l'exactitude des informations portées
sur ce dossier.

Fait le
Signature du Père

à
Signature de la Mère