

DOSSIER D'INSCRIPTION ECOLE/PERISCOLAIRE

FAMILLE

Responsable Légal	
Civilité	<input type="text"/>
Nom d'usage	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	
<input type="text"/>	
Email	
_____ @ _____	
Situation Familiale	
<input type="text"/>	

Conjoint(e) (Père ou mère)	
Civilité	<input type="text"/>
Nom	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Qualité	Autorité Parentale
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Domicile	Téléphone Professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone Portable	
<input type="text"/>	
Email	
_____ @ _____	
Adresse si différente du responsable Légal	
Code postal	Ville
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	
<input type="text"/>	

**En cas de divorce, séparation, merci de joindre le jugement**

Données CAF

Identifiant Personnel  (H si enfant handicapé)

Allocataire CAF  n° Allocataire \_\_\_\_\_ QF

Allocataire MSA  n° Allocataire \_\_\_\_\_ QF



SCOLARITE DE L'ENFANT

Scolarité demandée Cycle 1 (maternelle)  Cycle 2 (CP-CE1-CE2)  Cycle 3 (CM1-CM2)

**1er Souhait**

Ecole

Niveau

Motivations :

- Frères et sœurs fréquentant déjà le groupe scolaire
- Enfant déjà scolarisé à la maternelle du même groupe scolaire
- Proximité du domicile familial
- Proximité du domicile de la gardienne de l'enfant
- Proximité du lieu de travail

  
  
  


**2ème Souhait**

Ecole

Niveau

ENFANT -

Année du dossier :

Nom

Prénom

sexe

Date de Naissance

Pays

Lieu de naissance (commune et département)

**Données Complémentaires**

(cocher si accord)

Autorisation de sport

Autorisation de prise de vue

Autorisation à partir seul

Autorisation de baignade

  
  
  


Port de lunettes

Port d'un appareil dentaire

Port d'un appareil auditif

L'enfant sait nager

  
  
  


Le responsable légal de l'enfant autorise la Collectivité à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale)

oui non **Médecin Traitant**

Nom

Prénom

Téléphone

**Maladies contagieuses et épidémiques**

( A cocher)

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Varicelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Autres (à préciser) \_\_\_\_\_

**Pratiques alimentaires**

( A cocher)

Sans sel	<input type="checkbox"/>	Sans porc	<input type="checkbox"/>	Sans sucre	<input type="checkbox"/>	Sans gluten	<input type="checkbox"/>
Sans viande	<input type="checkbox"/>	Sans arachide	<input type="checkbox"/>	Sans lait	<input type="checkbox"/>	Sans œuf	<input type="checkbox"/>
PAI	<input type="checkbox"/>	Autres _____					

**Allergies**

( A cocher)

Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres (Préciser) _____
-----------------	------------------------------	------------------------------	--------------	------------------------------	------------------------------	--------	------------------------------	------------------------------	-------------------------

Contre-indications (Précisez la cause et la conduite à tenir)

**Mode de paiement Garderie ou Cantine**

Les services de garderie et de restauration peuvent être payés de deux manières à réception de la facture en fin de mois :

Je choisis le prélèvement automatique (Remplir l'annexe n°2)

Je choisis de payer en fin de mois : en mairie ou en ligne

**Mandats**

Personne(s) autorisée (s) à récupérer votre enfant.

Je soussigné (e) \_\_ , responsable légal de l'enfant, nom\_  
 donne mandat à :

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone	
				1	
				2	
				1	
				2	
				1	
				2	

**Je décharge en conséquence la Mairie de Privas de toute responsabilité dès lors que l'enfant a été remis à l'une des personnes mentionnées ci-dessus. Je suis informé que je peux révoquer les mandats consentis au titre du présent formulaire à tout moment, la révocation devant être écrite et prenant effet le lendemain du jour de réception.**

Année Scolaire

2020/2021

Date
Signature

2021/2022

Date
Signature

2022/2023

Date
Signature

2023/2024

Date
Signature

2024/2025

Date
Signature

2025/2026

Date
Signature

**Pièces à amener lors du retour de l'imprimé :**

- Photocopie des vaccinations d'après le carnet de santé
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie d'un justificatif de domicile
- Certificat de radiation pour les enfants venant d'un autre groupe scolaire
- Demande de dérogation (annexe 1) pour les personnes résidants sur une commune autre que Privas  
 (à adresser au Maire de votre commune de résidence)



Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication