

DOSSIER D'INSCRIPTION ECOLE/PERISCOLAIRE

FAMILLE

Responsable Légal	
Civilité <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Nom <input style="width: 80%;" type="text"/>	Prénom <input style="width: 80%;" type="text"/>
Qualité <input style="width: 80%;" type="text"/>	Situation Familiale <input style="width: 80%;" type="text"/>
Code postal <input style="width: 80%;" type="text"/>	Ville <input style="width: 80%;" type="text"/>
Adresse <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Téléphone Domicile <input style="width: 80%;" type="text"/>	Téléphone Professionnel <input style="width: 80%;" type="text"/>
Téléphone Portable <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Email <input style="width: 100%;" type="text"/>	

Conjoint(e) (Père ou mère)	
Civilité <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Nom <input style="width: 80%;" type="text"/>	Prénom <input style="width: 80%;" type="text"/>
Qualité <input style="width: 80%;" type="text"/>	Autorité Parentale <input style="width: 80%;" type="text"/>
Téléphone Domicile <input style="width: 80%;" type="text"/>	Téléphone Professionnel <input style="width: 80%;" type="text"/>
Téléphone Portable <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Email <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Adresse si différente du responsable légal :	
Code postal <input style="width: 80%;" type="text"/>	Ville <input style="width: 80%;" type="text"/>
Adresse <input style="width: 100%;" type="text"/>	

DONNEES CAF/MSA

Identifiant Personnel (H si enfant handicapé)

Allocataire CAF n° Allocataire QF

Allocataire MSA n° Allocataire QF



SCOLARITE DE L'ENFANT

Scolarité demandée Cycle 1 (PS-MS-GS) Cycle 2 (CP-CE1-CE2) Cycle 3 (CM1-CM2)

1er Souhait

Ecole <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cycle <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	--

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 lieu de garde de l'enfant
- Proximité du lieu de travail

2ème Souhait

Ecole <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cycle <input style="width: 90%;" type="text"/>
--	--

ENFANT

Année du dossier :

Enregistre sur Base Elève le :

Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lieu de naissance (commune et département)

Données Complémentaires

(cocher si accord)

Autorisation de sport	<input type="checkbox"/>	Port de lunettes	<input type="checkbox"/>
Autorisation de prise de vue	<input type="checkbox"/>	Port d'un appareil dentaire	<input type="checkbox"/>
Autorisation à partir seul (élémentaire uniquement)	<input type="checkbox"/>	Port d'un appareil auditif	<input type="checkbox"/>

Le responsable légal de l'enfant autorise la commune ou ses préposés à prendre toute mesure conservatoire et d'urgence que nécessiterait l'état de santé de l'enfant, et autoriser le médecin qui prendrait en charge l'enfant à procéder à toutes les mesures que nécessiterait l'état de l'enfant si son responsable légal ne peut être joint.

Médecin Traitant

Nom	Prénom	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Maladies contagieuses et épidémiques

(A cocher)

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

Autres (à préciser)

Type de repas

(A cocher)

Sans viande Sans porc Végétarien

Allergies (Projet d'Accueil Individualisé à compléter)

Médicamenteuses	OUI	NON	Alimentaires	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autres (à préciser)

Mode de paiement Garderie et/ou Restauration

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 (majeur ou mineur âgé au moins de 15 ans).

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

Nom	Prénom	Lien de parenté	Adresse		Téléphone
				1	
				2	
				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

2022/2023

Date
Signature

2023/2024

Date
Signature

2024/2025

Date
Signature

2025/2026

Date
Signature

2026/2027

Date
Signature

2027/2028

Date
Signature

Pièces à joindre au dossier :

- Photocopie des vaccinations d'après le carnet de santé
- Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
- Photocopie d'un justificatif de domicile
- Jugement en cas de divorce ou séparation
- 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