

Inscription Scolaire Cantine Transport  Péri-scolaire Accueil Extra-scolaire (Mercredi/vacances)

Ecole :

Dossier arrivé le :

**NOM et Prénom de l'enfant :**

Né (e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Sexe : F / M

Adresse :

N° S .S. :

Assurance :

N° Allocataire :(CAF-MSA-AUTRE)

Date d'entrée à l'école :

Ecole souhaitée :

Classe à la rentrée :

**Responsables légaux de l'enfant**Responsable 1 :Autorité Parentale : OUI  NON 

Adresse complète :

Adresse e-mail :

Tél domicile :

Tél. portable :

Profession :

Nom et Adresse et n° de Tél. de l'employeur :

Responsable 2 :Autorité Parentale : OUI  NON 

Adresse complète :

Adresse e-mail :

Tél domicile :

Tél. portable :

Profession :

Nom et Adresse et n° de Tél. de l'employeur :

**Situation Matrimoniale (cocher la case correspondante)**Célibataire  Union libre  Marié(e)  Pacsé(e) Séparé (e)  Divorcé (e)  Veuf (ve) Personne responsable ayant la garde de l'enfant : Père  Mère  Autre 

\*joindre copie du jugement statuant sur la garde de l'enfant

**TUTEUR** – A compléter si l'enfant réside chez un tiers

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

N° de tél. : ..... Portable : ..... N° de travail : .....

E-mail : ..... Profession : .....

Nom et Adresse de l'employeur : .....

\*Toutes modifications devront être signalées au service scolaire (tél, adresse.....)

**PERSONNE (s) AUTORISEE(s) A VENIR CHERCHER L'ENFANT**  
**A LA DESCENTE DU CAR**

(En cas d'absence des parents)

NOM – Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

**Pour toute modification en cours d'année concernant l'autorisation de récupérer votre enfant à la descente du car, ou à la pause méridienne veuillez remplir une nouvelle fiche au service scolaire.**

**PERSONNE A PREVENIR EN PRIORITE EN CAS D'ACCIDENT**

**Pendant la pause méridienne**

(En cas d'absence des parents)

NOM – Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

**AUTORISATIONS DIVERSES**

Je soussigné(e) .....responsable légal de l'enfant

.....

Déclare :

1° être titulaire d'une assurance scolaire et extrascolaire garantissant la responsabilité civile et individuelle contre les accidents.

2° s'engage à respecter le règlement intérieur du restaurant scolaire, le règlement du transport scolaire

3° - autorise  n'autorise pas  mon enfant à rentrer seul à la descente du car

4° autorise  n'autorise pas  mon enfant à partir seul après les activités périscolaires

5° autorise  n'autorise pas  la collectivité ou la communauté de communes Sologne des Rivières à photographier, filmer, reproduire gratuitement des clichés, publier des photos sur le site de la ville ou bulletin de Salbris

Date :

Signature des parents

Précédée de la mention lu et approuvé

\*Cocher la Case



**PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER D'INSCRIPTION**

- **DOSSIER DUMENT REMPLI**
- **PHOTOCOPIE DES VACCINS DE VOTRE ENFANT**
- **PHOTOCOPIE DU LIVRET DE FAMILLE COMPLET**
- **CERTIFICAT DE RADIATION SI L'ENFANT VIENT D'UNE AUTRE ECOLE**
- **PHOTOCOPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION N-1**
- **JUGEMENT DE DIVORCE OU DECISION DE JUSTICE NOTIFIANT LA GARDE DE L'ENFANT**
- **JUSTIFICATIF DE DOMICILE**
- **ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE OU EXTRA SCOLAIRE DE VOTRE ENFANT**
- **FICHE DE LIAISON**
- **PAI (projet d'accueil individualisé, NOUS FOURNIR UNE COPIE**



Année scolaire 2017-2018

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin de l'année scolaire  
Cette fiche sera valable pour toutes les activités TAP-Restaurant scolaire- ALSH-Péri scolaire

**ENFANT :**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Fille  Garçon

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

**Renseignements médicaux concernant l'enfant**

L'enfant suit-il un traitement médical ?

OUI  NON

Si oui lequel ? .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

MALADIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES OUI NON  
ALIMENTAIRE OUI NON

AUTRES : .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à**

**prendre** : .....

**Recommandations utiles des parents**

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses dentaires,.....

Précisez : .....  
.....  
.....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... Prénom.....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone Portable : .....  
Téléphone travail : .....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :**

NOM : ..... Prénom.....  
Adresse : .....  
Téléphone fixe : ..... Téléphone Portable : .....  
Téléphone travail : .....

Nom du Médecin .....  
Téléphone du médecin .....

Je soussigné .....  
Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :