



## CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

**Enfant** : \_\_\_\_\_

**École** : Maternelle / Primaire \_\_\_\_\_

**Classe** : \_\_\_\_\_ **Année scolaire** : 20---- / 20----

Copie à l'école     Liste d'attente     Admissible

## DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE

Mairie de CHATEAUBERNARD  
02, rue de la COMMANDERIE  
16100 CHATEAUBERNARD

☎ : 05.45.32.32.51

☎ : 05.45.32.32.54

Site internet : [www.ville-chateaubernard.fr](http://www.ville-chateaubernard.fr)

Dossier à compléter et à retourner par courrier ou à remettre au service des affaires scolaires de la Mairie de CHATEAUBERNARD (**sur rendez-vous**) accompagné des pièces justificatives (**ORIGINAUX**) correspondantes désignées ci-dessous (**les copies seront faites par nos soins**).

Nathalie MARTIN : [n.martin@mairie-chateaubernard.fr](mailto:n.martin@mairie-chateaubernard.fr)

***Les dossiers incomplets ne seront pas traités.***

- Livret de famille (**en entier**),
- Carnet de santé (**allergies, pages de vaccination, maladies contagieuses, hospitalisation, examens radiologiques, etc. ...**),
- Justificatif de domicile de moins de trois mois,
- Attestation de la sécurité sociale qui couvre l'enfant (**en cours de validité**), en cas de perte faire une demande par mail auprès de l'organisme qui vous en transmettra une nouvelle,
- Attestation de la CAF (**en cours de validité**), en cas de perte, faire la demande par mail auprès de l'organisme qui vous en transmettra une nouvelle,
- Pour les parents séparés ou divorcés, le jugement de divorce ou de l'ordonnance provisoire du juge des affaires familiales mentionnant la résidence habituelle de l'enfant **ET** l'autorisation du deuxième parent accordant tout pouvoir à la scolarisation de l'enfant,
- Certificat de radiation si l'enfant vient d'une autre école,
- Copie du dernier bulletin de salaire pour les parents domiciliés hors commune et travaillant sur la commune,
- Justificatif de domicile des grands-parents, de moins de trois mois, pour les parents domiciliés hors commune,
- Copie du justificatif d'emploi de la «nounou» pour les parents domiciliés hors commune.

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### ENFANT

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date & lieu de naissance : -----/-----/----- à -----

Sexe :  M  F



.....

### Représentant légal – Parent 1 :

Autorité parentale : OUI  NON

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Nom marital : .....

Situation familiale :  marié(e)  veuf(ve)  célibataire  séparé(e)  
 concubinage  pacsé(e)



.....

domicile : ..... : .....

travail : ..... : .....



..... @ .....

Profession et employeur : .....

### Représentant légal – Parent 2 :

Autorité parentale : OUI  NON

Nom usuel : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Nom marital : .....

Situation familiale :  marié(e)  veuf(ve)  célibataire  séparé(e)  
 concubinage  pacsé(e)



.....

domicile : ..... : .....

travail : ..... : .....



..... @ .....

Profession et employeur : .....

### Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Autorité parentale : OUI  NON

Organisme : ..... Personne référente : .....

Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....



.....






domicile : ..... : .....






## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)






### Frère(s) et sœur(s) de l'enfant (à compléter s'il y a lieu)






Nom-Prénom	Etablissement scolaire fréquenté	classe

### PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉE(S) À PRENDRE L'ENFANT (AUTRES QUE LES PARENTS)

Nom et prénom : .....  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : .....  Autorisé à prendre l'enfant  
 : .....  
.....  
 domicile : .....  : .....  
 /  travail : .....

Nom et prénom : .....  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : .....  Autorisé à prendre l'enfant  
 : .....  
.....  
 domicile : .....  : .....  
 /  travail : .....

Nom et prénom : .....  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : .....  Autorisé à prendre l'enfant  
 : .....  
.....  
 domicile : .....  : .....  
 /  travail : .....

Nom et prénom : .....  
 À appeler en cas d'urgence  Autorisé à prendre l'enfant  
Lien avec l'enfant : .....  
 : .....  
.....  
 domicile : .....  : .....  
 /  travail : .....

## RÉGIME

- Régime général Sécurité Sociale/fonctionnaire N° allocataire CAF.....
- Régime Mutualité Sociale Agricole N° allocataire MSA .....
- Autre régime, précisez..... N° allocataire.....

## FACTURATION (restauration)

Nom de la personne à facturer : .....



(si différente des coordonnées ci-dessus) :

.....

.....

.....

.....

.....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**ALLERGIES, votre enfant a-t'il des allergies ? (Précisez la cause de l'allergie et de la conduite à tenir, si auto médication le signaler)**

- Allergie alimentaire OUI  NON  Précisez .....
- Allergie médicamenteuse OUI  NON  Précisez .....
- Asthme OUI  NON
- Autre allergie OUI  NON  Précisez .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  OUI  NON

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ SANS ORDONNANCE**

**INDIQUEZ LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE (maladie, accidents, crise convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, aliments non autorisés)**

NATURES	DATES
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom et adresse du médecin traitant : .....

.....

.....

.....



: .....

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

DATE : ..... SIGNATURE :

## Fiche 1 INSCRIPTION À L'ÉCOLE

École sollicitée	<input type="checkbox"/> École maternelle LE PETIT PRINCE	
Année 20-- / 20--	<input type="checkbox"/> École maternelle de LA COMBE DES DAMES	
	<input type="checkbox"/> École élémentaire JULES VALLES	
	<input type="checkbox"/> École élémentaire PABLO PICASSO	
Classe	sollicitée	:

.....

École et classe fréquentée actuellement (20--/20--) (*sauf si première scolarisation*) :

.....

.....

*Sont prioritaires, les enfants de 3 ans et plus (3 ans au 31 décembre de l'année d'inscription)*

- 1. Les enfants de la Commune*
- 2. Les enfants hors Commune ayant un frère ou une sœur déjà inscrit*
- 3. Les enfants hors Commune ayant une nourrice, des grands-parents dans la Commune*
- 4. Les enfants hors Commune dont au moins un des deux parents travaille dans la Commune*

**Les autres enfants hors Commune et les enfants de moins de trois ans pour lesquels la scolarité n'est pas obligatoire ne seront admis qu'en fonction des places disponibles et après avis de la commission qui se réunit début juin.**

- Je demande une dérogation pour :  un enfant de moins de 3 ans  
 un enfant domicilié hors Commune

Justification de votre demande de dérogation : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Fiche 2**  
**INSCRIPTION AU SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE**

Mon enfant fréquentera le restaurant scolaire de l'école : OUI  NON

L'inscription au restaurant scolaire de tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s) est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Prendre contact avec le médecin scolaire dont le nom et les coordonnées sont précisées sur le dossier d'information

Je précise qu'un Projet d'Accueil Individualisé sera à mettre en place.

**Fiche 3**  
**INSCRIPTION AU SERVICE D'ACCUEIL DU MATIN ET DU SOIR**

Ce service est organisé au sein de toutes les écoles : accueil du matin de 07h30 à 08h30, accueil du soir de 16h00 à 18h30

***Mon enfant fréquentera les accueils périscolaires : même de manière occasionnelle (n'est facturé que ce qui est consommé) Toute heure commencée est due***

Accueil du matin de 07h30 à 08h30	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Accueil du soir de 16h00 à 17h30	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Accueil du soir de 17h30 à 18h30	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

**AUTORISATION PARENTALE POUR L'UTILISATION DE L'IMAGE**

Je donne l'autorisation à l'Éducation Nationale, à la Ville de CHATEAUBERNARD et à l'Association de Parents d'Élèves d'utiliser l'image de mon enfant mineur et publier les photographies et images filmées à des fins de communication et d'information.

**ATTESTATION DES PARENTS**

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

- Atteste l'exactitude des renseignements et informations transmises ci-dessus
- M'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur cette fiche auprès de l'école et de la Mairie
- En cas d'accident, j'autorise le responsable à prendre toutes les mesures rendues nécessaires (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) pour mon enfant et à le faire transporter à l'hôpital en cas de besoin

Fait à .....

Le .....

Signature **OBLIGATOIRE** des deux parents, ou tuteur(s)

Signature du parent 1	Signature du parent 2	Signature du (des) tuteur(s)	Signature du (des) tuteur(s)