



CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Enfant : _____

École : ☐ Maternelle / ☐ Primaire _____

Niveau : ----- **Classe :** _____

Année scolaire : 20----- / 20-----

Copie à l'école ☐ Liste d'attente ☐ Admissible ☐

Dossier complet réceptionné le : -----

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE

Mairie de CHÂTEAUBERNARD

02, rue de la COMMANDERIE

16100 CHÂTEAUBERNARD

☎ : 05.45.32.32.51

📠 : 05.45.32.32.54

Site internet : www.ville-chateaubernard.fr

Nathalie MARTIN : n.martin@mairie-chateaubernard.fr

Dossier à compléter et à retourner au service des affaires scolaires de la Mairie de CHÂTEAUBERNARD accompagné des pièces justificatives correspondantes désignées ci-dessous.

En raison du contexte sanitaire actuel, les parents sont invités à privilégier les mails

Les dossiers incomplets ne seront pas traités.

- ☐ Livret de famille (*en entier*).
- ☐ Carnet de santé (*allergies, pages de vaccination, maladies contagieuses, hospitalisation, examens radiologiques*).
- ☐ 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 ou bien une attestation sur l'honneur des deux parents **ET** l'autorisation du deuxième parent accordant tout pouvoir à la scolarisation de l'enfant, **AINSI** que l'accord écrit du parent désigné comme la personne à facturer.
- ☐ Certificat de radiation si l'enfant vient d'une autre école.
- ☐ Imprimé de demande de dérogation du secteur scolaire pour les parents domiciliés hors CHÂTEAUBERNARD (à faire signer par le représentant de la Commune de résidence)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ENFANT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénoms :

Date de naissance : -----/-----/----- lieu de naissance -----

Sexe : ☐ M ☐ F



.....

.....

Représentant légal – Parent 1 :

Autorité parentale : OUI ☐ NON ☐

Nom usuel :

Prénoms :

Nom de jeune fille : Nom marital :

Date de naissance: -----/-----/----- lieu de naissance -----

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 :

Prénoms :

Nom de jeune fille : Nom marital :

Date de naissance : -----/-----/----- lieu de naissance -----

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	Établissement 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 :

Lien avec l'enfant :

 :

 Domicile :  :

 /  travail :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

 :

 Domicile :  :

 /  travail :

Nom et prénom :

Lien avec l'enfant :

 :

 Domicile :  :

 /  travail :

Nom et prénom :

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) à renseigner obligatoirement

Nom de la personne à facturer :

Prénom de la personne à facturer :

Date de naissance : -----/-----/----- lieu de naissance -----



:

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

Tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s) ou médicamenteuse est conditionné à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

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)

L'inscription scolaire de tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s) ou médicamenteuse 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

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

MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Nom du médecin traitant :

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

Année 20-- / 20--

☐ École maternelle LE PETIT PRINCE

☐ École maternelle de LA COMBE DES DAMES

☐ École élémentaire JULES VALLÈS

☐ 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 (dérogation exceptionnelle et transitoire)*

3. *Sur dérogation les enfants de la Commune de moins de trois ans sous certaines conditions (propreté acquise, niveau de langage et places disponibles)*

Sur dérogation :

Les enfants hors Commune ne seront admis qu'en fonction des places disponibles, de la participation financière de la commune de résidence aux frais de scolarité (barème préfectoral) et après avis de la commission qui se réunit en juin.

Fiche 2

INSCRIPTION AU SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE

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

L'inscription scolaire de tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s) ou médicamenteuse 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 7h30 à 8h30, 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 7h30 à 8h30	OUI ☐	NON ☐
Accueil du soir de 16h00 à 17h30	OUI ☐	NON ☐
Accueil du soir de 17h30 à 18h30	OUI ☐	NON ☐

AUTORISATION PARENTALE POUR L'UTILISATION DE L'IMAGE

☐ Je donne l'autorisation à l'Éducation Nationale, à la Ville de CHÂTEAUBERNARD 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)

<u>Signature du parent 1</u>	<u>Signature du parent 2</u>	<u>Signature du (des)</u> <u>tuteur(s)</u>	<u>Signature du (des)</u> <u>tuteur(s)</u>

Toute modification d'état-civil et/ou d'adresse ayant une incidence sur les factures de restauration scolaire et/ou de garderie périscolaire devra être transmise sans délai et obligatoirement au service financier de la mairie : finances@mairie-chateaubernard.fr