



**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 CHATEAUBERNARD

☎ : 05.45.32.32.51

02, rue de la COMMANDERIE

☎ : 05.45.32.32.54

16100 CHATEAUBERNARD

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

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

Dossier à compléter et à retourner au service des affaires scolaires de la Mairie de CHATEAUBERNARD 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. En cas d'hébergement, le formulaire d'attestation d'hébergement, fourni par la mairie, à compléter avec la copie de la pièce d'identité de l'hébergeant et de l'hébergé(e) et le justificatif de domicile de l'hébergeant 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*) où apparaît le quotient familial, 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 CHATEAUBERNARD (à faire signer par le représentant de la Commune de résidence) *uniquement pour les nouveaux parents*

## 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 : .....

.....

 et ou  : .....

## Fiche 1 INSCRIPTION À L'ÉCOLE

École sollicitée  École maternelle LE PETIT PRINCE  
 École maternelle de LA COMBE DES DAMES  
Année 20-- / 20--  École élémentaire JULES VALLES  
 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 fin mai/début 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 <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 de l'école fréquentée par mon enfant, 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 portés sur ce dossier 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.

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) tuteur(s)</u>	<u>Signature du (des) 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***