



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

Site internet : www.ville-chateaubernard.fr

16100 CHATEAUBERNARD

Mail : secretariat@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.

Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés.

- Livret de famille (*en entier*).
- Pièce d'identité du responsable légal
- Carnet de santé (*Pages de vaccination*).
- 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 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.
- 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)

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	<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--) (<i>sauf si première scolarisation</i>) :	
.....	
.....	

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

Fait à

Le

<u>Signature</u> Responsable légal 1 - parent 1	<u>Signature</u> Responsable légal 2 - parent 2

Si une seule signature :

Atteste sur l'honneur que le second représentant légal est informé et accepte cette inscription scolaire*

***(art 372-2 du code civil) A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne de l'enfant**

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