

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

Année scolaire :

Nom :
Prénom :
Sexe : M F Date de naissance :
Adresse complète de résidence :
.....
.....
Courriel pour accès au portail familles :



Responsable légal 1 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur	Responsable légal 2 Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) : Tél domicile : Tél mobile : Tél professionnel :	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom : Prénom : Date de naissance : Adresse complète de résidence (si différente de l'enfant) : Tél domicile : Tél mobile : Tél professionnel :
Situation de famille : <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> pacsé <input type="checkbox"/> union libre <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> séparé <input type="checkbox"/> divorcé <input type="checkbox"/> veuf <i>Si divorcé ou séparé : fournir un exemplaire complet de la dernière décision de justice concernant l'enfant</i> <i>Dans le cas d'une garde alternée, merci de fournir le calendrier de l'année scolaire signé par les 2 responsables légaux</i>	

Régime professionnel du payeur principal : Général Agricole

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant et à être prévenues en cas d'urgence si les responsables légaux restent injoignables : nom, prénom, lien de parenté (famille, amis, voisins...) :

- Tél :
- Tél :
- Tél :
- Tél :
- Tél :
- Tél :

Documents à fournir :

- Justificatif de domicile Livret de famille Certificat des vaccinations obligatoires
 Certificat de radiation (si déjà scolarisé) Attestation du Quotient familial (ou dernier avis d'imposition)
 Décision de justice (si nécessaire) Attestation M.D.P.H. Attestation A.E.E.H.

Cadre réservé à l'administration

Date de rentrée :

École de secteur :

École d'affectation :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

MÉDECIN TRAITANT

Nom :
Tél :

ALIMENTATION

Allergies :

- Panier repas (uniquement avec protocole d'urgence)
 Repas substitut au porc (repas végétarien)
 Repas végétarien

ASSURANCE

Nom :
N° de Police :
Date d'échéance :

EN CAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUE

Nom du médecin spécialiste :
.....
Centre hospitalier spécifique :
.....
.....

PROBLÈMES DE SANTÉ PARTICULIERS

(allergies, asthme, épilepsie, traitement, ...)

.....
.....
.....
Ou allergies : alimentaires médicamenteuses
 autres (animaux, pollens, plantes...), précisez :

.....
.....
Joindre le protocole d'urgence précisant les signes évocateurs et la conduite à tenir.

À jour des vaccins suivants :

- pour les enfants nés avant 2018 : antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique
- pour les enfants nés après 2018 : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP), coqueluche, Infections invasives à haemophilus influenzae de type b, hépatite B, infections invasives à pneumocoque, méningocoque de séro groupe C, Rougeole, oreillons et rubéole.

Copie du carnet de santé à fournir ou certificat médical (rappel de ces vaccins à 6 ans et à 11 ans, pour les enfants nés en 2016 et 2011)

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise mon enfant à recevoir des soins d'urgence et / ou à être hospitalisé. *

Je m'engage à informer la ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume de toute modification de ces renseignements. *

** Autorisations obligatoires pour accueillir l'enfant*

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil périscolaire :

Oui, à partir de (préciser l'heure) Non

J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu des activités à l'issue de l'accueil « Les Dragonnets » :

Oui, à partir de (préciser l'heure) Non

J'atteste avoir pris connaissance du règlement des services périscolaires de la Ville de Saint-Maximin-la-Sainte-Baume.

Nom et prénom du responsable légal faisant la demande :
(date et signature précédées de la mention 'lu et approuvé')