

Année scolaire 2010-2011

**Dossier unique d'inscription:
Groupe Scolaire Louis Aragon et Services Municipaux**



Ce dossier est à compléter pour chaque enfant et à retourner en mairie avant le 11 juin 2010.

Fiche de renseignements (A remplir obligatoirement)

Année scolaire :

Classe :

ÉLÈVE

NOM : _____ Prénom(s) : _____ / _____ / _____ Sexe : M F

Né(e) le : /.../..... Lieu de naissance (commune et département) _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Mère NOM de jeune fille : _____ Autorité parentale : oui non

Nom marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Situation familiale (1) : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____ Adresse professionnelle : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Père Autorité parentale : oui non

NOM : _____ Prénom : _____

Situation familiale (1) : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Profession : _____ Adresse professionnelle : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____ @ _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : oui non

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____ @ _____

(1) Célibataire-Marié-Veuf(ve)-Divorcé-Séparé(e)-Concubin(e) -Pacsé(e) -

Responsables légaux : il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :

- La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

(A remplir obligatoirement)

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

NOM : _____ Prénom : _____ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____
Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

(A remplir obligatoirement)

FRERES ET SŒURS

Nom, Prénom, Classe

- 1.....
2.....
3.....
4.....
5.....

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

- A.E.P.S. : Oui Non
Accueil du matin « La Ribambelle » : Oui Non
Accueil du soir « La Ribambelle » : Oui Non
Restaurant scolaire : oui non
Transport scolaire : oui non Arrêt emprunté : le matin : le soir :

AUTORISATION ET DROIT A L'IMAGE (à remplir par les deux parents en cas d'adresses différentes)

Cocher les cases ci-dessous en cas d'acceptation :

Mère :

- Je ne m'oppose pas à la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne m'oppose pas à ce que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires ou municipales.

Père :

- Je ne m'oppose pas à la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.
 Je ne m'oppose pas à ce que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires ou municipales.

ASSURANCE DE L'ENFANT

Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____

Les mentions responsabilité civile et individuelle accident doivent être clairement notées sur le contrat.

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :

Informations sanitaires

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM-PRENOM DE L'ENFANT: _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARCON FILLE

N° SS : _____

Adresse de la caisse : _____

1) – **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Vaccins obligatoires	non	Oui (Dates des derniers rappels)	Vaccins recommandés	non	Oui (Dates des derniers rappels)
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole - Oreillons - Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
Ou DT polio			Autres (préciser)		
Ou Tétracoq			BCG		

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2) RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical de longue durée**? Oui Non

Si oui de quel ordre : _____

* Voir guide d'informations pratiques à conserver page 11.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Merci de joindre une photocopie des vaccinations figurant sur le carnet de santé.

L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE : Oui Non

SI OUI, PRÉCISEZ LA NATURE DE L'ALLERGIE ET SI L'ENFANT FAIT L'OBJET D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

.....
.....
.....
.....

3) VOTRE ENFANT PRESENTE T-IL DES DIFFICULTÉS DE SANTÉ ? (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION)

SI OUI, PRÉCISEZ LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....
.....
.....
.....

4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....

5) RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....
ADRESSE

.....

TÉL. D'URGENCE, PÈRE:.....MÈRE :

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT :
(FACULTATIF).....

TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

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

Date :

Signature :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame
Autorisons l'anesthésie de notre fils/fille
au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, il/elle aurait
à subir une intervention chirurgicale.

A Le.....

Signature des parents

CHARTE DE LA RESTAURATION SCOLAIRE

(uniquement pour les enfants de l'école élémentaire)

Je soussigné M..... responsable de l'enfant
.....

Atteste avoir pris connaissance de la charte du restaurant scolaire figurant dans le guide d'informations pratiques à
conserver.

Les parents,

L'enfant,