



DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE/PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

NOUVELLE INSCRIPTION

DOCUMENTS A FOURNIR

SCOLAIRE

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Le dossier complété, daté et signé. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Jugement si parents séparés (décision de justice fixant les modalités de garde ou une déclaration conjointe signée des 2 parents). |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Attestation d'assurance périscolaire et extrascolaire (responsabilité civile et individuelle accident) par enfant (une attestation d'assurance scolaire devra être fournie à l'école). |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) pour les enfants concernés présentant des allergies reconnues ou des suivis médicaux particuliers pour les enfants concernés. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Justificatif de domicile de moins de 3 mois : quittance de loyer, facture d'électricité/d'eau/degaz, assurance habitation (copie). |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | Si hébergé : fournir un document officiel attestant de la situation + attestation sur l'honneur de l'hébergeant. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | Livret de famille complet : Parents + tous les enfants à charge <u>ou</u> acte de naissance (original et copie). |
| <input checked="" type="checkbox"/> | | Certificat de radiation OBLIGATOIRE (nouveaux arrivants déjà scolarisés). |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Photocopie des avis d'imposition 2022 (sur les revenus 2021) du foyer. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Carnet de santé |

UNIQUEMENT PERISCOLAIRE / EXTRASCOLAIRE

Le dossier complet est à rendre uniquement en main propre au bureau du Pôle Famille aux horaires d'ouverture de celui-ci :

MAIRIE - SERVICE ENFANCE
PLACE DE L'HOTEL DE VILLE
03150 VARENNES-SUR-ALLIER
04.70.47.72.05
enfancevareennes@gmail.com

LUNDI : 8H30 - 12H00 / 13H30 - 17H30
MARDI : 8H30 - 12H00 / 13H30 - 17H30
MERCREDI : 8H30 - 12H00 / 13H30 - 17H30
JEUDI : 8H30 - 12H00 / 13H30 - 17H30
VENDREDI : 8H30 - 12H00 / 13H30 - 15H00

CONTACT ECOLES

ECOLE MATERNELLES « II ERABLES » :
Directrice : MME JALLET Mélanie
04.70.45.20.04

ECOLE MATERNELLES « IV VENTS » :
Directrice : Mme GIRAUD Guylaine
04.70.45.10.84

ECOLE ELEMENTAIRE « GEORGE SAND » : Directrice : MME DUCHER Béatrice
04.70.45.05.09

IMPORTANT : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ACCEPTE !





DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE/PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Etablissement scolaire précédemment fréquenté :

Année scolaire 2023/2024 Etablissement scolaire :

Niveau : Classe :

ENFANT

Nom de famille : Sexe : F M

Nom d'usage :

Prénom(s) : / /

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

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Situation familiale : célibataire marié pacsé séparé divorcé veuf/veuve en concubinage

En cas de séparation, existe-t-il un jugement ? Oui Non

Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage :

Profession :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage :

Profession :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) :

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Organisme :

Profession :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : Oui Non

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

Nous acceptons :

- que notre enfant soit **photographié(e) ou filmé(e)** pendant les activités scolaires, périscolaires et extra-scolaires
Oui Non
- **l'utilisation de l'image** de mon enfant sur les supports de communication de l'école et la commune (page officielle de la ville sur le réseau social « Facebook », le site www.varenes-sur-allier.fr, le journal « La Montagne, le bulletin municipal, etc.).
Oui Non

AUTRE RESPONSABLE qui a la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant.

Lien avec l'élève (*) :

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Organisme :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

PERSONNES À CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence Autorisé(e) à venir chercher l'élève

Nom de famille : Nom d'usage : Prénom :

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire : Oui Non Transport scolaire : Oui Non

Accueil périscolaire «matin» : Oui Non Accueil périscolaire «soir» : Oui Non

Date :

Signature des représentants légaux :

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE/PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

FICHE DE LIAISON

Régime : général Autre (MSA, etc.) précisez :

Nom de l'allocataire CAF : Numéro :

Responsable à facturer :

	Accueil périscolaire et de loisirs	Restaurant scolaire	Demande de prélèvement automatique
Semaine paire	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Semaine impaire	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des temps périscolaires et extrascolaires :

OUI NON HEURE :

FICHE SANITAIRE

Vaccin obligatoire : Date du dernier rappel DTP :/...../.....

Votre enfant présente-t-il une allergie :

Médicamenteuse Alimentaire Asthme Autre :

Cause de l'allergie et conduite à tenir :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI : Oui Non

En cas de PAI, merci de fournir le protocole renseigné par le médecin et 2 trousse de médicaments (école, restauration / ALP / ALSH). Sans ces derniers et par mesure de sécurité, votre enfant ne sera pas accepté au sein de nos services.

Présente-t-il des difficultés de santé autres (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc.), difficultés d'apprentissage (langage, neurologique, motrice, etc.) ? Oui Non

Veuillez préciser :

Régime alimentaire : sans porc sans viande panier repas (PAI)

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc.

Précisez :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nous soussignés, M. / Mme

M. / Mme

DECHARGE MEDICALE

Autorisons les responsables des structures municipales à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, etc.).

TRANSPORTS

Autorisons mon enfant à être transporté par un véhicule de service (bus, minibus) ou à pied dans le cadre de déplacements quotidiens ou spécifiques (sortie pédagogiques...).

REGLEMENTS INTERIEUR

Attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire, de l'accueil périscolaire et de loisirs et nous engageons à le respecter.

Les règlements sont consultables sur le site www.varenes-sur-allier.fr ou sur demande auprès du service enfance.

TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Attestons l'exactitude des renseignements indiqués et nous engageons à signaler au Pôle Famille de la mairie de Varennes-sur-Allier tout changement dans la situation de l'enfant au cours de sa scolarité.

Acceptons que la Commune de Varennes-sur-Allier, collecte, enregistre et traite les données à caractère personnel que je viens de renseigner dans ce formulaire, ou dans les documents remis.

Autorisons le Pôle Famille à transmettre à l'éducation nationale toutes les données nécessaires me concernant et concernant mon enfant.

Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire jusqu'à ce que votre enfant ne soit plus soumis à l'obligation scolaire sauf si :

- *Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant.*
- *Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.*

Fait à, le / /

Signature des responsables légaux :

