

**DOSSIER INSCRIPTION SCOLAIRE**  
**TEMPS PERISCOLAIRES ET ACCUEIL DE LOISIRS**  
**ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**

**NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :**



**PIECES JUSTIFICATIVES (originaux et photocopies)**

- Dossier dûment complété et signé
- Photocopie du livret de famille (parents et enfant) ou extrait de naissance avec filiation
- Photocopie de **deux** justificatifs de domicile de moins de 3 mois : quittance de loyer (non manuscrite) ou facture (gaz, électricité, eau, téléphone fixe).
- Pour le(s) responsable(s) légal (aux) hébergé(s) par une tierce personne :
  - Attestation d'hébergement sur l'honneur
  - Photocopie d'un justificatif de domicile de l'hébergeant de moins de 3 mois
  - Photocopie d'une pièce d'identité de l'hébergeant
  - Photocopie de **deux** justificatifs de domicile de l'hébergé à l'adresse de l'hébergeant (attestation CAF, Sécurité sociale, ou Pôle emploi)
- Pour les parents divorcés ou séparés avec jugement, nous fournir une photocopie du jugement fixant la résidence habituelle de l'enfant
- Pour les parents séparés sans ou en attente de jugement, remplir une attestation sur l'honneur où l'un des deux parents indique obligatoirement son domicile pour définir l'école que fréquentera l'enfant

**DOSSIER A RENDRE AVANT LE 28 AVRIL 2017**

**AU SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRES A LA MAIRIE**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**



**DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE  
ANNEE 2017 / 2018**

**ENFANT**

Nom / Prénom :

Sexe : F  M

Date et lieu de naissance :

Niveau (cocher la case correspondante): PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

**Frères et sœurs fréquentant une école maternelle ou élémentaire de Saint Jean de Védas :**  
**(Noms, Prénoms, Ecole, Classe) :**

**PREMIER REPRESENTANT LEGAL**

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

**DEUXIEME REPRESENTANT LEGAL**

Nom / Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Je soussigné(e) .....atteste sur l'honneur  
l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d'inscription.

Fait à : .....le : .....

Signature :

**DECISION DE LA COMMISSION D'HARMONISATION**

Date de la commission :

Enfant affecté au sein de l'école :

Niveau :

Visa :

Corine MASANET  
Maire adjoint en charge de la réussite éducative



PHOTO  
OBLIGATOIRE



## DOSSIER INSCRIPTION TEMPS PERISCOLAIRES, ACCUEIL DE LOISIRS, CENTRE DE JEUNESSE

### 1 / ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

SEXE : GARCON  FILLE

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

ECOLE : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Habite chez (noter les semaines) :  Père  Mère

### 2 / RESPONSABLES LEGAUX

#### Père

#### Mère

Nom / Prénom :  
Profession :  
Date et lieu de naissance :  
Adresse :  
Tel domicile :  
Tel portable :  
Tel professionnel :  
Courriel :  
\_\_\_\_\_

Nom / Prénom :  
Profession :  
Date et lieu de naissance :  
Adresse :  
Tel domicile :  
Tel portable :  
Tel professionnel :  
Courriel :  
\_\_\_\_\_

Autorité parentale :  Oui  Non  
Prévenir en cas d'urgence :  Oui  Non  
Payeur :  Oui  Non

Autorité parentale :  Oui  Non  
Prévenir en cas d'urgence :  Oui  Non  
Payeur :  Oui  Non

### 3 / ASSURANCES

Sécurité sociale : CPAM  MSA  Autres

Numéro : \_\_\_\_\_

CAF : Hérault  Autres

Numéro : \_\_\_\_\_

### 4 / CONTACTS AUTORISÉS (Autres que les parents)

Nom / Prénom	Lien parenté	Téléphone	REC (*)	URG (*)

(\*) REC : pouvant récupérer l'enfant

URG : à prévenir en cas d'urgence si absence des parents

## 5 / INFORMATIONS MEDICALES

### ➤ VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
DIPHTERIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TETANOS		HEPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYELITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS EVENTUELS (préciser)		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

### ➤ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Médecin traitant :

Téléphone :

L'enfant porte t-il des prothèses auditives, des lentilles, des prothèses dentaires :

L'enfant a t il eu les maladies suivantes : coqueluche  Oreillons  Rougeole  Rubéole   
Scarlatine  Varicelle

L'enfant a t il fréquemment : Angine  Otite  Rhumatisme  Asthme

Allergies : Oui  Non  PAI

L'enfant suit il un traitement médical ? Oui  Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance et autorisation écrite du représentant légal.**

Régime alimentaire (sans porc) :

## 6 / AUTORISATIONS

- En cas d'urgence, faire hospitaliser mon enfant au centre hospitalier le plus proche et faire pratiquer les soins, examens et interventions nécessaires Oui  Non

- Transporter mon enfant par les véhicules de la commune ou les transports en commun, sous la surveillance d'un animateur, afin de pratiquer toutes activités organisées Oui  Non

- A utiliser des photos ou vidéos prises dans le cadre des activités organisées pour une stricte utilisation sur les supports de communication de la ville Oui  Non

**Les autorisations courent chaque année par tacite reconduction, sauf annulation écrite déposée.**

Nous soussignons M.

et Mme

Responsables légaux de l'enfant, déclarons l'exactitude de ces informations

Fait à

le

Signature du père

Signature de la mère