

DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE

TEMPS PÉRISCOLAIRES ET ACCUEIL DE LOISIRS

ANNÉE SCOLAIRE 2018 / 2019

NOM de l'enfant : Prénom de l'enfant :

PIÈCES JUSTIFICATIVES - Présenter les originaux

- Dossier dûment complété et signé.
- Photocopie du livret de famille (parents et enfants) 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 **faite par l'hébergeant**,
 - 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 À RENDRE AVANT LE 30 AVRIL 2018

AU SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRES À LA MAIRIE

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

Service des affaires scolaires
 4 rue de la Mairie - 34430 Saint Jean de Védas
 04 67 07 83 16 - 04 67 07 83 24
scolaires@saintjeandevedas.fr
 08h30-12h00 / 14h00-17h00
 (sauf les mardi et jeudi après-midi)

Cadre réservé au service

Complet

CIRIL

Dossier reçu le :

Par :

Prévisionnel : Cabrol

Escholiers

L.Michel

Classe :

Rentrée 2019 Classe:

Secteur : Cabrol

Escholiers

L.Michel

Rq Fraïsse



DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE
ANNÉE 2018 / 2019

ENFANT

NOM : **Prénom :**
Sexe : Garçon Fille
Né(e) le : à :
Niveau scolaire (pour septembre 2018) : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2
Frères et sœurs fréquentant une école maternelle ou élémentaire de Saint Jean de Védas :
(nom, prénom, école, classe) :
.....
.....

PREMIER REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM : **Prénom :**
Adresse :
.....
Téléphone : **Courriel :**

DEUXIÈME REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM : **Prénom :**
Adresse :
.....
Téléphone : **Courriel :**

Nous, Monsieur et Madame
responsables légaux de l'enfant déclarons l'exactitude des informations
portées sur ce dossier.

Fait le
Signature du père

à
Signature de la mère

DÉCISION DE LA COMMISSION D'HARMONISATION

Date de la commission :

Enfant affecté au sein de l'école : Niveau :

Visa :

Corine MASANET
Adjoint au Maire à l'éducation



**DOSSIER INSCRIPTION TEMPS PÉRISCOLAIRES,
ACCUEIL DE LOISIRS, CENTRE DE JEUNESSE
ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019**

ENFANT

NOM : Prénom :

Sexe : Garçon Fille

Né(e) le : Lieu de naissance :

ÉCOLE : Classe :

RESPONSABLES LÉGAUX

PERE

Nom
Prénom :
Né le à
Adresse :
.....
Tél. domicile :
Tél. portable :
Tél. professionnel :
Courriel :

MERE

Nom
Prénom
Née le à
Adresse :
.....
Tél. domicile :
Tél. portable :
Tél. 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

Cochez la case correspondante à la situation actuelle

- Garde conjointe et simultanée des 2 parents
 Garde alternée - Semaine paire chez :
- Semaine impaire chez :
 Garde chez un seul parent (à préciser) :

ASSURANCES

Numéro de sécurité sociale _____ CPAM MSA Autres
Numéro de CAF _____ Hérault Autres

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

INFORMATIONS MÉDICALES

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

3 VACCINS OBLIGATOIRES (DTP)	DATE DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
DIPHTÉRIE		COQUELUCHE (souvent avec DTP)	
TÉTANOS		HÉPATITE B (souvent avec DTP)	
POLIOMYÉLITE		PNEUMOCOQUE	
AUTRES VACCINS ÉVENTUELS (à préciser)		ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE	

➤ **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 : Non Oui Préciser :

PAI (Prendre contact avec le directeur de la structure)

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.**

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

- À 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, Monsieur et Madame
responsables légaux de l'enfant déclarons l'exactitude des informations portées
sur ce dossier.

Fait le
Signature du père

à
Signature de la mère