Mairie de Colayrac-Saint Cirq

Département de Lot-et-Garonne

FICHE D'INSCRIPTION *(année 2023/2024)*

SCOLAIRE - SERVICES PÉRISCOLAIRES

(Les inscriptions débutent à partir de la mi-mai de chaque année)

Établissement scolaire demandé :

			ÉLÉMENTAIRE	
ÉCOLE	**MATERNELLE**	**ÉCOLE**	☐ **René. CASSIN**	☐ **SAINT CIRQ**
CYCLE 1	☐ **TPS** ☐ **PS** ☐ **MS** ☐ **GS**	**CYCLE 2**	☐ **CP** ☐ **CE1** ☐ **CE2**	
		CYCLE 3	☐ **CM1**	☐ **CM2**

Identité de l'enfant à inscrire

Nom:..... Prénom: .....

Né(e) le: ..... Sexe: **M** ☐ **F** ☐

À : ..... N° Département: ..... Pays de naissance: .....

Adresse: .....

Commune: ..... Code postal: .....

Responsable légal 1: Mère/Père ☐ *Marié(e)* ☐ *Concubin(e)* ☐ *Pacsé(e)* ☐ *Divorcé(e)* ☐ *Célibataire* ☐ *Séparé(e)* ☐ *Veuf(ve)*

Nom d'usage: ..... Nom de jeune fille: .....

Prénom: ..... **Autorité parentale:** ☐ OUI ☐ NON Jugement: ☐ OUI ☐ NON

Adresse: .....

Commune: ..... Code postal: .....

Adresse mail: ..... @ .....

Tél. portable: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. lieu de travail: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Profession: .....

Responsable légal 2: Mère/Père ☐ *Marié(e)* ☐ *Concubin(e)* ☐ *Pacsé(e)* ☐ *Divorcé(e)* ☐ *Célibataire* ☐ *Séparé(e)* ☐ *Veuf(ve)*

Nom d'usage: ..... Nom de jeune fille: .....

Prénom: ..... **Autorité parentale:** ☐ OUI ☐ NON Jugement: ☐ OUI ☐ NON

Adresse: .....

Commune: ..... Code postal: .....

Adresse mail: ..... @ .....

Tél. portable: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. (lieu de travail): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Profession: .....

Autre responsable légal : *(Personne physique ou morale)* ***Autorité Parentale*** **:** ☐ **OUI** ☐ **NON**

Organisme: ..... Fonction: .....

Nom: ..... Prénom: ..... Lien avec l'enfant: .....

Adresse: .....

Commune: ..... Code postal: .....

Adresse mail: ..... @ .....

Tél. portable: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tél. lieu de travail: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(X) Justificatif à fournir obligatoirement ***(**) Justificatif à fournir uniquement en cas de changement***	***1ère inscription*** • *en Maternelle* • *au Primaire* • *en ALSH*	***Réinscription*** • *École et l'ALSH*
• *Justificatif de domicile de moins de trois mois du couple ou dans le cas d'une **garde alternée,*** OUI ***joindre** un:* • *Justificatif de domicile **du père et de la mère,*** ***Si autre situation:*** • *Attestation d'hébergement avec avis d'imposition de l'hébergeur.*	X	**
• *Livret de famille dans son intégralité*	X	**
• *Copies des pages du carnet de vaccinations*	X	** X Rappel de vaccin à 6 ans (classe de CP) DTP - Coqueluche
• *Attestation d'assurance:* ***Responsabilité Civile - Scolaire - Extrascolaire***	X	X
• *Attestation CAF ou MSA*	X	X
En cas de séparation ou de divorce: • *Jugement* • *Attestation d'autorisation de scolarité*	X	**
Mode de paiement par prélèvement automatique: • *Un RIB*		
Enfant déjà inscrit dans un autre établissement scolaire fournir: • *Un certificat de radiation*		

Attestation : Quotient Familial
Très important pour la prise en compte des tarifs pour les prestations cantine, périscolaire et l'ALSH.
A défaut le quotient le plus élevé sera appliqué. (Réactualisée en cours d'année scolaire)

- N° d'allocataire CAF: ☐☐☐☐☐☐☐☐
- Allocataire MSA : ☐
- Non allocataire CAF : ☐
- Non Allocataire MSA : ☐

N° de Sécurité Sociale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

REGLEMENTATION DE LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La réglementation concernant la protection des données personnelles a évolué avec l'entrée en vigueur du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) depuis le 25 mai 2018. Les informations personnelles recueillies sur cette fiche, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre (vos) enfant(s) à l'école, et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Elles sont enregistrées et transmises aux services de la collectivité territoriale en charge de leur traitement. Ces données seront conservées ou éliminées selon les préconisations relatives au tri et à la conservation des archives produites par les communes établies par le Ministère de la Culture et de la Communication. Vous disposez à tout moment d'un droit d'opposition, accès, rectification, effacement et de limitation en vous adressant à la mairie de Colayrac-Saint Cirq. Pour toute question, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données de la collectivité, en adressant une demande par écrit accompagnée d'un justificatif d'identité à l'adresse suivante : Mairie de Colayrac-Saint Cirq - 14, rue des écoles - 47450.

GARDERIE PÉRISCOLAIRE *(jours scolaires)*

Mon enfant fréquentera la garderie :

☐ le matin ☐ l'après-midi ☐ occasionnellement ☐ jamais

Nous vous conseillons d'inscrire votre enfant à la garderie périscolaire car il pourrait être amené à la fréquenter au moins occasionnellement au cours de l'année scolaire (par ex : en cas de retard des parents).

SORTIES DES ENFANTS DE LA GARDERIE PÉRISCOLAIRE

→ **Enfants d'âge maternel et du niveau CP**

Ils ne seront pas autorisés à sortir seuls.

→ **Enfants d'âge primaire des niveaux: CE1 - CE2 - CM1 - CM2**

☐ ***J'autorise*** *mon enfant à partir seul de la garderie périscolaire.*

☐ ***Je n'autorise pas*** *mon enfant à partir seul de la garderie périscolaire.*

Nom - Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

CANTINE SCOLAIRE

Mon enfant fréquentera la cantine les jours suivants:

☐ Lundi	☐ Mardi	☐ Jeudi	☐ Vendredi

Réservation des menus: ☐ Normal ☐ Sans viande

→ La réservation des jours de fréquentation à la cantine **sera ferme pour l'année scolaire**.

→ Des modifications seront exceptionnellement possibles avec un **préavis de 7 jours** sur demande adressée uniquement par mail: **mairie.colayrac.periscolaire@orange.fr**

→ En **cas d'absence** les repas **seront systématiquement facturés** sauf si l'absence est liée à un motif médical

DROITS À L'IMAGE

Dans le cadre des activités, les équipes d'animation sont amenées à prendre les enfants en photo et/ou réaliser des vidéos.

☐ ***J'autorise***

☐ ***Je n'autorise pas***

La prise de photos et/ou de vidéos de mon enfant et leur diffusion.

ENGAGEMENT DU RESPECT DES RÈGLEMENTS

Soussigné(e),

Mme .....,

M. .....,

reconnait avoir pris connaissance du RÈGLEMENT INTÉRIEUR des SERVICES PÉRISCOLAIRES pour l'année 2023/2024 et m'engage à le respecter.

Le: .....

Le ou les représentants légaux de l'enfant

Signature Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

TUTEUR(S) LÉGAL(AUX)

☐ PÈRE ☐ MÈRE

Nom: …… Prénom: ……

Tél. portable: | | | | | | | | | |

Tél. lieu de travail: | | | | | | | | | |

☐ PÈRE ☐ MÈRE

Nom: …… Prénom: ……

Tél. portable: | | | | | | | | | |

Tél. lieu de travail: | | | | | | | | | |

ENFANT

Nom: …… Prénom: ……

Date de naissance: …… Sexe: ☐ M ☐ F

MÉDECIN TRAITANT

Docteur: …… Tél.: | | | | | | | | | |

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

- **L'enfant suit-il un traitement médical ?** ☐ OUI ☐ NON

Si **OUI**, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (*Boites de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de votre enfant et accompagnées de leur notice).*

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ À VOTRE ENFANT SANS ORDONNANCE,

À L'EXCEPTION DES ENFANTS QUI DISPOSENT D'UN P.A.I. (joindre document et ordonnance)

- **L'enfant a t-il des allergies ?** **ASTHME** ☐ OUI ☐ NON **MEDICAMENTEUSES** ☐ OUI ☐ NON

ALIMENTAIRES ☐ OUI ☐ NON **AUTRES** ☐ OUI ☐ NON

Si **OUI**, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

……

……

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes de santé (Enurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducations, etc) en précisant les dates et les précautions à prendre.

……

……

L'enfant bénéficie t-il d'un suivi ? : *(Dans le cas de réponse positive, merci de l'indiquer ci-dessous)*

- Chez un spécialiste (ORL, Dermatologue, Psychomotricienne, Pédopsychiatre...)
- Dans un centre médico-sociale (CMP, CMPP, CAMSP, Centre de guidance infantile...)
- Dans une structure associative (Planète autisme....)

……

……

Votre enfant porte t-il : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Prothèses auditives ☐ Prothèses dentaires

Un protocole d'accueil individualisé a t-il été établi (P.A.I) ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, merci de préciser si votre enfant suit un régime alimentaire particulier et/ou des troubles de la santé, une pathologie chronique et la conduite à tenir.

……

……

ETAT DES VACCINATIONS

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

			DATES	
VACCINS OBLIGATOIRES	**OUI**	**NON**	**Derniers rappels**	**Prochains vaccins**
Diphtérie – Tétanos - Poliomyélite				
Coqueluche				
Haemophilius influenzae B (HIB)				
Hépatite B				
Pneumocoque				
Méningocoque C				
Rubéole - Oreillons - Rougeole				
AUTRE:				

Si votre enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **merci de joindre un certificat médical de contre-indication**.

Attention: *le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication*

ETAT DES MALADIES

Votre enfant à t-il eu les maladies suivantes:

MALADIES	OUI	NON
Rubéole		
Varicelle		
Otite		
Angine		
Rhumatisme articulaire aigu		

MALADIES	OUI	NON
Coqueluche		
Rougeole		
Scarlatine		
Oreillons		

ENGAGEMENT DU OU DES RESPONSABLES LÉGAUX

Soussigné(e),

Mme ……,

M. ……..,

Déclare(nt) exacts les renseignements portés sur cette fiche et,

☐ **Autorise,** ☐ **N'autorise pas** le responsable municipal à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Le: …….

Le ou les représentants légaux de l'enfant

Signature Signature