

# CERTIFICAT D'INSCRIPTION SCOLAIRE

année scolaire 20....-20 ....

*A compléter par le Maire de la Commune siège de l'école*

ENFANT			
Nom :		Prénoms :	
Date naissance :		Lieu de naissance :	
Sexe :		Nationalité :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	

**Nom, prénoms et adresse de la ou les personne(s) responsable(s) de l'enfant**  
*(au sens de l'article L.131-4 du code de l'éducation)*

PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX	
Nom – Prénoms :	
Adresse :	
Nom – Prénoms :	
Adresse : <i>si différente</i>	

AUTRES RESPONSABLES	
Nom – Prénoms :	
Adresse :	

Inscription à l'école de :	
Date d'effet de l'inscription :	
Observations :	

Fait à : .....

Le Maire d.....

Le : .....

Signature et cachet de la Mairie,



REVISION DU DOSSIER

Date et visa : .....

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Ecole : .....

Classe en 2019-2020 : .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant tout le temps de prise en charge de votre enfant lors de sa scolarisation et des diverses activités menées.

<b>I. ENFANT</b>		NOM :		PRÉNOM :					
		SEXE :	<input type="checkbox"/> GARÇON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>	DATE DE NAISSANCE :				
<b>II. VACCINATIONS</b>		<i>Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé : 3 pages (pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).</i>							
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTE'RIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE									
<i>Précisez s'il s'agit :</i> du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B		RAPPELS		VACCINS PRATIQUÉS		DATES			
						/ /			
						/ /			
						/ /			
						/ /			
						/ /			
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS					
1er VACCIN	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES				
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /				
	/ /		/ /		/ /				
SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ,									
POURQUOI ?									
INJECTIONS DE SÉRUM		NATURE				DATES			
						/ /			
						/ /			
<b>III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT</b>									
L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :									
RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINES		RHUMATISMES		SCARLATINE	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE		OTITES		ASTHME		ROUGEOLE		OREILLONS	
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :				
(maladies ; accidents ; crises convulsives ; allergies alimentaires, médicamenteuses ; hospitalisations ; opérations ; rééducations...)				
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
<b>IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :</b>				
ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?			NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
SI OUI, LEQUEL ?				
<b>Coordonnées et numéro de téléphone du médecin traitant :</b>				
<b>V. RESPONSABLE 1 ET 2 DE L'ENFANT :</b>				
NOM 1 :			PRÉNOM 1 :	
NOM 2 :			PRÉNOM 2 :	
ADRESSE 1 :				
Adresse 2 (si différente) :				
N° DE	DOMICILE	PORTABLE 1 : .....	PORTABLE 2 : .....	LIEU(X) DE TRAVAIL :
TÉL.				
N° INSEE OU DE SECURITE SOCIALE				
ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :				
NOM DE L'ASSURANCE MUTUELLE SANTE :				
<p>Nous, soussigné(s), responsable(s) de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons les directeurs/enseignants ou tout autre personnel responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.</p>			<p>DATE :</p> <p>Signature(s) obligatoires(s) :</p>	







**Fiche  
Restauration scolaire  
à partir de 2019-2020**

REVISION DU DOSSIER

Pour chaque enfant

Date et visa par la CCAVM : .....

Nom de l'enfant : .....  
Prénom de l'enfant : .....  
Ecole : .....  
Classe en 2019/2020 : .....

**INSCRIPTION A LA RESTAURATION SCOLAIRE**

*Toute inscription vaudra acceptation du règlement*

Nous soussignés,

REPRESENTANT LEGAL 1			
Nom :		Prénom	
Qualité (père, mère, autres à préciser):		Autorité parentale :	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
Adresse :			
REPRESENTANT LEGAL 2			
Nom :		Prénom	
Qualité (père, mère, autres à préciser):		Autorité parentale :	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
Adresse :			

Notre enfant fréquentera **régulièrement le service** (préciser le(s) jour(s) ci-dessous)

Lundi	<input type="checkbox"/>	Mardi	<input type="checkbox"/>	Jeudi	<input type="checkbox"/>	Vendredi	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------

Notre enfant fréquentera **le service suivant un planning mensuel**  
Je m'engage à le transmettre régulièrement à la structure organisatrice

Notre enfant fréquentera le service **mais sa fréquentation sera irrégulière**  
Je m'engage à prévenir la structure organisatrice pour toute fréquentation de mon enfant

Notre enfant fréquentera le service mais sa **fréquentation sera TRES OCCASIONNELLE (moins de 10 repas durant l'année scolaire)**  
Je m'engage à prévenir la structure organisatrice pour toute fréquentation de mon enfant

**Aide à la prise de médicament avec ordonnance et autorisation parentale**

Si votre enfant doit suivre un traitement pendant les temps de repas, **il est impératif de joindre l'ordonnance aux médicaments et une autorisation parentale** permettant aux animateurs d'aider votre enfant à la prise de ses médicaments prescrits par le médecin. La mise en place de ce protocole fera, le cas échéant, l'objet d'une concertation et d'un accord entre les représentants légaux et la communauté éducative.

**Tournez la page S.V.P**

**Allergie et intolérance**

Si votre enfant présente une allergie ou une intolérance, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) doit être signé entre le Médecin Scolaire, le service de cantine et l'école puis contresigné par un représentant de la CCAVM. (Renseignements auprès du directeur/directrice de votre école).

**Observations particulières**

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

***NB : le règlement intérieur du service de restauration scolaire (en attente de révision) ainsi que les menus de chaque cantine peuvent être consultés sur le site de la CCAVM : <http://www.ccavm.fr/>***

**MODALITES DE REGLEMENT POUR LA RESTAURATION SCOLAIRE**

Le rythme des règlements est, quel que soit le mode de paiement choisi :

- mensuel pour la restauration scolaire

<b>Mode de règlement</b>	<b>Choix retenu par la famille</b>
. Par prélèvement automatique <i>A cet effet, merci de compléter le mandat de prélèvement SEPA joint et de fournir un RIB (à ne fournir que dans le cas où il est différent de l'année passée).</i>	<input type="checkbox"/>
. A réception de facture avec paiement au Trésor Public : par chèque, espèce, carte bleue	<input type="checkbox"/>
. A réception de facture avec paiement au Trésor Public : par CESU	<input type="checkbox"/>
. A réception de facture avec paiement au Trésor Public : par internet en vous connectant sur <a href="http://www.tipi.budget.gouv.fr">www.tipi.budget.gouv.fr</a> et en indiquant : - l'identifiant de la collectivité mentionné sur votre facture - la référence mentionnée sur votre facture	<input type="checkbox"/>

Fait à : .....

Nom et prénom

Nom et prénom

Le : .....

Signature

Signature





**Périscolaire  
et  
Extrascolaire sans hébergement  
à partir de 2019-2020**

REVISION DU DOSSIER

Pour chaque enfant

Nom de l'enfant : .....  
Prénom de l'enfant : .....  
Ecole : .....  
Classe à la rentrée 2019-2020 : .....

Date et visa par la CCAVM : .....

**PRE-INSCRIPTION ACCUEILS PERISCOLAIRES – MATIN ET SOIR**  
*Toute inscription vaut acceptation du règlement*

Nous soussignés,

REPRESENTANT LEGAL 1			
Nom :		Prénom	
Qualité (père, mère, autres à préciser):		Autorité parentale :	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
Adresse :			
REPRESENTANT LEGAL 2			
Nom :		Prénom	
Qualité (père, mère, autres à préciser):		Autorité parentale :	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
Adresse :			

Notre enfant utilisera régulièrement les services périscolaires matin et soir ou seulement le(s) :

	Matin	Soir
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre enfant fréquentera les services périscolaires matin et soir suivant un planning mensuel que je m'engage à transmettre régulièrement

Notre enfant utilisera les services périscolaires matin et soir mais sa fréquentation sera irrégulière et je m'engage à prévenir pour toute fréquentation de mon enfant

Tournez la page S.V.P



**PRE-INSCRIPTION AUX ACTIVITES EXTRASCOLAIRES SANS HEBERGEMENT  
MERCREDI MATIN - APRES-MIDI OU JOURNEE  
VACANCES TOUSSAINT, HIVER, PRINTEMPS, VACANCES ETE  
Toute inscription vaut acceptation du règlement**

Chaque famille ou représentant légal peut décider du lieu d'accueil extrascolaire sans hébergement pour son enfant, il n'est pas déterminé selon le lieu de résidence de la famille.

Notre enfant ne participera jamais aux activités extrascolaires

Notre enfant participera régulièrement aux activités extrascolaires de préférence sur le site de :

Centre de loisirs d'Isômes avec l'association La Grande Récré 1, rue de Bellefontaine 52190 Isômes	Centre de loisirs d'Auberive avec l'association ADMR des 4 Vallées Bâtiment Ecole et Mairie 52160 Auberive	Centre de loisirs avec la Maison de Courcelles 7, rue Pierre-Devignon 52210 Saint Loup sur Aujon	Centre de loisirs de Villegusien avec l'association La Montagne Ecole – 44, rue de l'Eglise 52190 Villegusien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre enfant participera régulièrement aux activités extrascolaires de préférence les :

Mercredis	Durant les petites vacances	Durant les vacances d'été
Seulement le matin <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seulement l'après-midi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute la journée <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**En notre qualité de parents et de représentants légaux, nous nous rapprocherons des délégués afin d'obtenir toutes informations utiles (dates, horaires, lieux exacts...) et de régler toutes les modalités d'inscription concernant les temps périscolaires et extrascolaires. Je prends acte que le règlement financier des différentes activités se fera auprès des délégués.**

Fait à : ..... Nom et prénom

Nom et prénom

Le : ..... Signature

Signature