

Dossier Commun d'Inscription

Ecole Élémentaire Ferdinand Buisson

Année scolaire 2018 - 2019

L'ENFANT / L'ELEVE

Nom de famille : Nom d'usage :
 Sexe : F M Prénom(s) : Classe :

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

Adresse :

Code postal : _ _ _ _ _ Commune :

RESPONSABLES

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom d'usage : Adresse : Code postal : _ _ _ _ _ Commune : Tél. domicile : Tél. mobile : Situation familiale : célibataire <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> Profession : Employeur : Adresse : Tél professionnel : J'accepte de communiquer mes adresses postale et courriel aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NOM de Famille : Prénom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom d'usage : Adresse : Code postal : _ _ _ _ _ Commune : Tél. domicile : Tél. mobile : Situation familiale : célibataire <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> Profession : Employeur : Adresse : Tél professionnel : J'accepte de communiquer mes adresses postale et courriel aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NOM de Famille : Prénom :
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Nom d'usage : Adresse : Code postal : _ _ _ _ _ Commune : Tél. domicile : Tél. mobile : Situation familiale : célibataire <input type="checkbox"/> concubin(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> Profession : Employeur : Adresse : Tél professionnel : J'accepte de communiquer mes adresses postale et courriel aux associations de parents d'élèves : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	NOM de Famille : Prénom :

FRERE(S) & SŒUR(S) SCOLARISES A FEYTIAT OU FREQUENTANT L'ACCUEIL DE LOISIRS

Nom :	Prénom :	Date de Naissance :
Nom :	Prénom :	Date de Naissance :
Nom :	Prénom :	Date de Naissance :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT

NOM :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Tél Domicile :	Tel portable :	Tel professionnel :
<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	

NOM :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Tél Domicile :	Tel portable :	Tel professionnel :
<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	

NOM :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Tél Domicile :	Tel portable :	Tel professionnel :
<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	

NOM :	Prénom :	Lien avec l'enfant :
Tél Domicile :	Tel portable :	Tel professionnel :
<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Autorisé(e) à prendre l'enfant	

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : oui non

Accident individuel : oui non

Compagnie d'assurance :

Numéro de la police d'assurance :

Régime allocataire :

Régime général M.S.A. Régime Social des Indépendants Régime TNS

Pour les enfants qui fréquenteront l'Accueil de Loisirs, les allocataires CAF bénéficiaires du « passeport jeunes » peuvent prétendre à une réduction sur leur facture : ils doivent fournir obligatoirement une photocopie de ce document.

AUTORISATION

Diffusion de l'image : oui non

Autorisation de sorties scolaires, péri et extrascolaires : oui non

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Transport scolaire : oui non

Garderies périscolaires : oui non (lundis, mardis, mercredis, jeudis et vendredis en période scolaire)

Ateliers périscolaires : oui non

Aide aux Devoirs : oui non (concerne les élèves de CE1, CE2, CM1 et CM2)

Accueil de Loisirs : oui non (mercredis après-midi et toutes périodes de vacances scolaires)

Restaurant scolaire (choix du forfait) : forfait 4 jours forfait 3 jours forfait 2 jours forfait occasionnel

(En cas d'absence de l'enfant, un certificat médical devra obligatoirement être transmis à la Mairie pour justifier la non facturation de la prestation)

Restauration scolaire (préciser les jours réservés) : lundi mardi jeudi vendredi

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur ce document

Père

Mère

Tuteur

Date :

Date :

Date :

Signature :

Signature :

Signature :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

J Mairie de Feytiat - Correspondant Informatique et Libertés - Place de Leun - 87220 FEYTIAT.

J Directeur de l'école, l'IEN de circonscription ou l'inspecteur d'Académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

École Élémentaire F. Buisson & Services Périscolaires et Extrascolaires ° Mise à jour : 2018-11-20

INFORMATION SANITAIRE DE L'ENFANT

J'ai transmis le carnet de vaccination de mon enfant (OBLIGATOIRE) : oui non

Nom du médecin traitant :

Spécialité :

Commune :

Téléphone :

Allergies :

ASTHME : oui non ALIMENTAIRES : oui non MEDICAMENTEUSES : oui non

(Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, si automédication, également le préciser)

P.A.I. (l'enfant bénéficie t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé ?) Oui Non

Difficultés de santé : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, en précisant les précautions à prendre)

Repas : Merci de nous indiquer le cas échéant des contre-indications médicales.

Traitement médical : (l'enfant suit-il un traitement médical ?) : Oui Non

(Joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant).

Aucun médicament ne pourra être administré.

Pour l'Education Nationale et l'Accueil de Loisirs Extrascolaire : si une ordonnance et une autorisation parentale signée sont transmis, les médicaments pourront être administrés.

Recommandations utiles des parents (Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, appareils dentaires...)

Je soussigné(e), (père, mère, tuteur) responsable(s) légal (légaux)

de l'enfant

- Autorise les responsables des services périscolaires ou extrascolaires, et de l'école à prendre toutes les dispositions nécessaires relatives à la santé de mon enfant
- Reconnaît être couvert par une police d'assurance garantissant ma responsabilité civile ainsi que la responsabilité personnelle de mon enfant confié aux différents services
- Certifie avoir pris connaissance des règlements intérieurs des services périscolaires et extrascolaires (www.ville-feytiat.fr)
- Certifie que les vaccinations de mon enfant sont à jour
- Certifie l'exactitude des renseignements.

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur ce document

Père

Mère

Tuteur

Date :

Date :

Date :

Signature :

Signature :

Signature :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

Mairie de Feytiat - Correspondant Informatique et Libertés - Place de Leun - 87220 FEYTIAT

Directeur de l'école, l'IEN de circonscription ou l'inspecteur d'Académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

École Élémentaire F. Buisson & Services Périscolaires et Extrascolaires ° Mise à jour : 2018-11-20



Région académique
NOUVELLE-AQUITAINE

académie
Limoges



ville de

FEYTIAT

Acte d'engagement de bonne conduite de l'enfant

L'ENFANT

JE M'ENGAGE

Moi (NOM - Prénom) :

Élève de la classe :

À respecter les obligations définies dans le « Règlement de bonne conduite de l'enfant à l'école ».

Date :

Signature de l'enfant :

LES PARENTS

MES PARENTS S'ENGAGENT

Nous, soussignés Madame et Monsieur (NOM - Prénom) :

- J Avons pris connaissance de l'engagement de notre enfant
- J Nous engageons à l'aider et à l'accompagner dans sa démarche de bonne conduite, et à respecter les indications contenues dans le(s) règlement(s) intérieur(s), suivant les activités choisies.

Date

Signature des parents

Nous vous remercions pour votre coopération afin d'aider votre enfant à vivre ses journées d'école dans les meilleures conditions.