



Région académique  
NOUVELLE-AQUITAINE

Ecole Maternelle  
Jacques Prévert

# DOSSIER COMMUN D'INSCRIPTION

## Education Nationale - Mairie

### ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019



Mairie de Feytiat

Services Périscolaires  
et Extrascolaires

#### 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  Mère  Tuteur  **NOM de Famille :** \_\_\_\_\_  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. mobile : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Situation familiale :  
célibataire  concubin(e)  divorcé(e)  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  veuf(ve)   
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_  
J'accepte de communiquer mes adresses postale et courriel aux associations de parents d'élèves : oui  non

Père  Mère  Tuteur  **NOM de Famille :** \_\_\_\_\_  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. mobile : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Situation familiale :  
célibataire  concubin(e)  divorcé(e)  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  veuf(ve)   
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_  
J'accepte de communiquer mes adresses postale et courriel aux associations de parents d'élèves : oui  non

Père  Mère  Tuteur  **NOM de Famille :** \_\_\_\_\_  
Nom d'usage : \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. mobile : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_  
Situation familiale :  
célibataire  concubin(e)  divorcé(e)  marié(e)  pacsé(e)  séparé(e)  veuf(ve)   
Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_  
J'accepte de communiquer mes adresses postale et courriel aux associations de parents d'élèves : oui  non

## FRERE(S) ET 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	

## 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  
Date :  
Signature :

Mère  
Date :  
Signature :

Tuteur  
Date :  
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'IEJ de circonscription ou l'inspecteur d'Académie, directeur des services départementaux de l'éducation nationale

## 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

DIFFICULTES DE SANTE : (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 MEDICAL : (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](http://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

Date :

Signature :

Mère

Date :

Signature :

Tuteur

Date :

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'IEC 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.

 <p>Région académique NOUVELLE-AQUITAINE</p>	<h2>ACTE D'ENGAGEMENT DE BONNE CONDUITE DE L'ENFANT</h2>	 <p>Mairie de Feytiat</p>
<p><b>Ecole Maternelle Jacques Prévert</b></p>		<p><b>Services Périscolaires et Extrascolaires</b></p>

### 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) :** .....

- **Avons pris connaissance de l'engagement de notre enfant,**
- **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.