

DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

SEXE : F G

SECTION :

MATERNELLE

PRIMAIRE

CLASSE :

NOM DE L'ENSEIGNANT :

ADRESSE COMPLETE :

COORDONNEES TELEPHONIQUES :

Portable Parent 1 :

Portable Parent 2 :

Travail Parent 1 :

Travail Parent 2 :

Personnes autorisées à venir chercher les enfants (hors parents) :

Personne 1 :

Personne 2 :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Téléphone :

Téléphone :

Personne 3 :

Personne 4 :

Lien de parenté :

Lien de parenté :

Téléphone :

Téléphone :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Adresse e-mail de contact pour la réception des factures et toutes les informations concernant l'accueil de l'enfant :

Documents à fournir

Fiche de renseignements administratifs

oui non

Fiche sanitaire de liaison

oui non

Fiche d'inscription

oui non

Fiche d'autorisation et d'engagement

oui non

Justificatif de domicile de moins de 3 mois

oui non

Copie des vaccins et des maladies déjà contractées

oui non

Copie de l'attestation d'assurance scolaire en cours

oui non

Copie de l'ordonnance en cas de traitement

oui non

Copie de l'ordonnance en cas d'allergies alimentaires

oui non

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT

AUTORITE PARENTALE : Parent 1 Parent 2 Tuteur

	PARENT 1	PARENT 2
	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom et Prénom		
Date et lieu de naissance		
Adresse		
Téléphone fixe et portable		
Téléphone professionnel		
Adresse mail		
Situation familiale		
	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> En concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf
Situation professionnelle		
	<input type="checkbox"/> Salarié du secteur privé <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Salarié non titulaire de la fonction publique <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Artisan, indépendant, profession libérale <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> En congé parental	<input type="checkbox"/> Salarié du secteur privé <input type="checkbox"/> Fonctionnaire <input type="checkbox"/> Salarié non titulaire de la fonction publique <input type="checkbox"/> Ouvrier <input type="checkbox"/> Artisan, indépendant, profession libérale <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Sans emploi <input type="checkbox"/> En congé parental
Nom de l'employeur		
Adresse de l'employeur		
Régime		
	<input type="checkbox"/> Caf <input type="checkbox"/> Msa	<input type="checkbox"/> Caf <input type="checkbox"/> Msa
N° allocataire si Caf		
N° de Sécurité social si MSA		

COMPOSITION DE LA FAMILLE

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SCOLARISE <i>préciser la commune</i>	NON SCOLARISE <i>préciser le mode d'accueil</i>
Enfant 1					
Enfant 2					
Enfant 3					

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DE L'ENFANT : _____ PRENOM DE L'ENFANT : _____
 Né(e) le : _____ Sexe : F G Groupe sanguin : _____
 Porte-t-il : _____
 lentilles lunettes appareil dentaire appareils auditifs semelles autres

MEDECIN TRAITANT :
 Nom et numéro de téléphone : _____

VACCINATIONS : *Joindre obligatoirement les copies du carnet de santé*
 Vaccins à jour Oui Non

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Maladies infantiles et pathologies, cochez celles déjà contractées :

Asthme	Angine	Bronchiolites à répétition
Otite	Convulsions	Pneumonie
Varicelle	Eczéma	Infections urinaires

Hospitalisations, si oui pour quelle(s) raison(s) et dates : _____

ALLERGIES :

ASTHME : Oui Non
 MÉDICAMENTEUSES : Oui Non
 AUTRES : Oui Non / si oui, laquelle : _____
 Pour toutes allergies, précisez la cause et la conduite à tenir
 ALIMENTAIRES : Oui Non

Les allergies alimentaires ne seront reconnues et prises en compte que dans le cadre d'un PAI

Autres précautions ou renseignements médicaux importants : Oui Non
 Si oui, merci de préciser : _____

Votre enfant bénéficie-t-il :
D'un suivi spécialisé (CMP, psychologue, psychomotricienne, CAMSP, pédiatre...) Oui Non
 Si oui, merci de préciser : _____

D'un Protocole d'Accueil Individualisé Oui Non
 Si oui, merci de préciser : _____

TRAITEMENT MEDICAL : L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non
 Si oui, merci de préciser pourquoi et lequel : _____

Merci de 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)

Je soussigné(e) responsable légal
 de l'enfant déclare exacts les renseignements portés
 sur cette fiche.

A le Signature :

LES AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame
responsable de l'enfant

- Autorise la commune de Bucy-le-Long à filmer ou photographier mon enfant et à utiliser ces dernières pour sa communication interne, réseaux sociaux, réunion et journal. Elles ne feront part d'aucune utilisation, ni être cédée à des fins commerciales à un tiers.
- Autorise la commune de Bucy-le-Long à consulter mon dossier sur l'accès « Consultation des Dossiers Allocataires par les Partenaires » de la CAF ou sur l'Extra Net de la MSA (Ce sont des accès permettant de consulter en ligne les informations des allocataires, nécessaires pour établir le tarif)
- Autorise l'équipe éducative à pratiquer les soins de 1ers secours en cas de maladies ou d'accident et à consulter un médecin si nécessaire et à donner des médicaments avec ordonnance si besoin
- L'autorise à être transporté dans tout véhicule de la commune de Bucy-le-Long ou emprunté/loué par cette dernière

Par ailleurs,

- Je m'engage à ne pas publier sur les réseaux sociaux les photos qui me sont transmises par la collectivité
- Je m'engage à régler les factures émises par la collectivité à la date spécifiée
- J'ai pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter

Fait à : Le :

Signature(s) :