

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

ECOLE

RESTAURATION SCOLAIRE

ALAÉ : Accueil de Loisirs Associé à l'École (jour d'école et mercredi toute la journée)

ALSH : Accueil de Loisirs sans Hébergement (lundi au vendredi pendant les vacances scolaires)

L'inscription dans nos services de la Communauté de Communes Astarac Arros en Gascogne se fait directement auprès du service affaires scolaires par mail : **administration.enfance@cdcaag.fr**, ou par voie postale : Lieu-dit La Gravière—32300 Idrac-Respaillès.

SCOLARITE : ☐ Première inscription ☐ Inscription suite à un changement d'établissement

Demande formulée pour l'école de

Dans la classe de : Maternelle : ☐ Toute Petite Section (né en 2021) ☐ Petite Section
☐ Moyenne Section ☐ Grande Section

* Les enfants nés en 2021 seront préinscrits et seront admis à l'école selon les places disponibles

Élémentaire : CP CM1
CE1 CM2
CE2

ENFANT :

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

NUMÉRO D'ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE :

Documents à fournir obligatoirement :

- ☐ Le formulaire d'inscription complété et signé
- ☐ Une photocopie du livret de famille (pour première inscription ou changement dans la famille uniquement)
- ☐ Une photocopie du carnet de vaccination de l'enfant à jour (dans le cas où les vaccins ne seraient pas à jour, un certificat de pré-inscription sera établi. L'inscription sera effective lors de la délivrance du carnet à jour.)
- ☐ Une photocopie du jugement de divorce justifiant de l'autorité légale sur l'enfant (pour les parents séparés ou divorcés)
- ☐ Une attestation qui confie l'enfant à la famille d'accueil (pour les familles d'accueil)
- ☐ Le certificat de radiation de l'école précédemment fréquentée (pour les enfants ayant déjà été scolarisés dans une autre école que celle demandée)
- ☐ PAI s'il y en a un (Protocole d'Accueil Individualisé : troubles de la santé évoluant sur une longue période et nécessitant des aménagements, tels qu'asthme, allergies alimentaires ou aux piqûres d'insectes, diabète, crise convulsive, pathologie onco-hématologique, drépanocytose)
- ☐ Attestation d'assurance extrascolaire de l'année en cours

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT (ou ayant la charge)

Parent- Responsable légal 1 NOM : Prénom : Qualité : ☐ Père ☐ Mère Adresse : Code postal : Ville : Tél.Domicile : . Tél.Mobile : . E-mail :	Parent- Responsable légal 2 NOM : Prénom : Qualité : ☐ Père ☐ Mère Adresse : Code postal : Ville : Tél.Domicile : . Tél.Mobile : . E-mail :	Autres : ☐ Assistante Familiale ☐ : NOM : Prénom : Adresse : Code postal : Ville : Tél.Domicile : . Tél.Mobile : . E-mail :
Profession : Nom allocataire : Numéro allocataire (CAF ou MSA) : Facturer à cette adresse ☐ Oui ☐ Non Garde alternée si séparation* : ☐ Oui ☐ Non * Si garde alternée, fournir un calendrier de garde	Profession : Nom allocataire : Numéro allocataire (CAF ou MSA) : Facturer à cette adresse ☐ Oui ☐ Non Garde alternée si séparation* : ☐ Oui ☐ Non * Si garde alternée, fournir un calendrier de garde	Nom allocataire : Numéro allocataire (CAF ou MSA) : Nom et adresse pour la Facture :

CONTACTS EN CAS D'URGENCE (autres que les parents) ET PAR ORDRE DE PRIORITE

A = Personne autorisée à récupérer votre enfant		B = Personne à prévenir		
	Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
A ☐ et/ou B ☐				
A ☐ et/ou B ☐				
A ☐ et/ou B ☐				
A ☐ et/ou B ☐				

*L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable. Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET ALIMENTAIRES

Médecin traitant : _____

Téléphone : _____

1 – VACCINATIONS (copie obligatoire du carnet de santé de l'enfant).

➤ Pour les enfants nés avant 2018 les 3 premiers vaccins sont obligatoires pour fréquenter l'ALAE et l'ALSH

➤ Depuis le 1^{er} janvier 2018 les 11 vaccins sont obligatoires pour fréquenter l'ALAE et l'ALSH

*Si votre enfant n'est pas à jour des obligations vaccinales, il ne pourra fréquenter l'ALAE et l'ALSH que sur présentation d'un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT ALLERGIES :

ASTHME ☐ Oui ☐ Non

MEDICAMENTEUSES ☐ Oui ☐ Non

ALIMENTAIRES ☐ Oui ☐ Non

AUTRES :

Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) : ☐ Oui ☐ Non

*Tout enfant présentant une allergie ou tout autre trouble de la santé évoluant sur une longue période doit faire l'objet d'un PAI avant son accueil (se procurer l'imprimé officiel auprès de la direction).

Votre enfant suit un traitement, ou présente un problème de santé nécessitant une surveillance particulière : maladie, accident, hospitalisation, opération (veuillez préciser les dates) :

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Veuillez nous préciser les difficultés de santé (maladies, accidents, opération, saignements...) et recommandations utiles (prothèses, lunettes...) :

4- BESOIN D'UNE PRISE EN CHARGE PARTICULIERE : ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique : ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant a-t-il une notification MDPH : ☐ Oui ☐ Non

Autre besoin spécifique, PRÉCISEZ :

AUTORISATIONS PARENTALES VALABLES DURANT TOUTE LA SCOLARITE

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur :

Nom :

Prénom :

- m'engage à prévenir si l'enfant est malade et d'avertir de tout changement de coordonnées,
- autorise le Directeur, ou toute autre personne en son absence, à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant et à faire appliquer les interventions d'urgence,
- m'engage à payer les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles,

Par la signature de cette fiche d'inscription vous déclarez avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et l'acceptez ; vous acceptez également l'informatisation de ses données.

SIGNATURE(S) du ou des responsables :

Fait le / /