

# FICHE D'INSCRIPTION 2024 / 2025

**CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION**

**Dossier complet**

Reçu le .....

Enregistré le .....

Par (initiales) .....

| Scolaire                            |                                   |                                | Périscolaire             |                                |                          |                |                                       |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------|---------------------------------------|
| Ecole                               | Restaurant scolaire               | Navette scolaire               |                          | Accueil matin / soir           |                          | Pause cartable | Accueil de loisirs (ALSH) de Kerdreiz |
|                                     |                                   | Matin                          | Soir                     | Matin                          | Soir                     |                |                                       |
| Monolingue <input type="checkbox"/> | Lundi <input type="checkbox"/>    | Lundi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lundi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                                       |
|                                     | Mardi <input type="checkbox"/>    | Mardi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mardi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                                       |
| Bilingue <input type="checkbox"/>   | Jeudi <input type="checkbox"/>    | Jeudi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jeudi <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                                       |
|                                     | Vendredi <input type="checkbox"/> | Vend. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vend. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                |                                       |

**Cocher les cases ci-dessus pour les services dont vous aurez besoin dans l'année**

**ENFANT :**

**NOM** : ..... **Prénom** : .....  M  F  
 Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Classe - **année 2024/2025** : .....  Ecole publique de PAIMPOL  Diwan  Autre

**RESPONSABLES LÉGAUX :**

- ❖ **Responsable légal 1**    Lien parenté :  père  mère  Autorité parentale  
 NOM Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse : .....  Résidence de l'enfant  
 Code postal & Ville : .....  Adresse de facturation  
 ☎ Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 @ mail : .....  
 Employeur : .....    ☎ Travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  
- ❖ **Responsable légal 2**    Lien parenté :  père  mère  Autorité parentale  
 NOM Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse **Idem au responsable 1** :   
 Différente du responsable 1 :  .....  Résidence de l'enfant  
 Code postal & Ville : .....  Adresse de facturation  
 ☎ Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 @ mail : .....  
 Employeur : .....    ☎ Travail : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
  
- ❖ **Autre**     Famille d'accueil  Tuteur  .....  
 NOM Prénom : ..... Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Adresse : .....  Résidence de l'enfant  
 Code postal & Ville : .....  Adresse de facturation  
 ☎ Domicile : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 @ mail : .....

**QUOTIENT FAMILIAL (QF) dont dépend l'enfant :** ..... €

N° allocataire CAF : ..... N° allocataire MSA : .....

**Pour les allocataires CAF, nous autorisez-vous à consulter votre dossier sur le site professionnel ?**  OUI  NON

**Pour tous les allocataires, fournir obligatoirement une attestation de quotient familial au moment de l'inscription**

**AUTORISATIONS**

**Autorisez-vous une autre personne MAJEURE à venir chercher votre enfant ?**  OUI  NON

Personne 1 habilitée : ..... Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Personne 2 habilitée : ..... Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Personne 3 habilitée : ..... Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Si, au cours de l'année, une autre personne est habilitée à venir chercher votre enfant, merci de nous en informer au préalable.**

**Autorisez-vous votre enfant à :**

- participer aux sorties (à pieds, en minibus, car, train, etc.) :  OUI  NON
- être pris en photo / filmé / enregistré (site internet de la ville, presse, Facebook, publications diverses...) :  OUI  NON
- rentrer seul :  OUI (autorisation écrite d'un responsable légal obligatoire)  NON

**Le responsable légal est invité à souscrire une assurance couvrant les activités extrascolaires de l'enfant.**

# FICHE SANITAIRE

## **VACCINATIONS : fournir la copie du carnet de santé**

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## **RÉGIME ALIMENTAIRE**

Sans porc  OUI  NON

Végétarien  OUI  NON

## **RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

Votre enfant suit-il un **traitement médical** ?  OUI  NON

Si oui, 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). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### **Votre enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?**

|                                   |                          |     |                          |     |                  |
|-----------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|------------------|
| ASTHME                            | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |                  |
| ALIMENTAIRES                      | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | Préciser : ..... |
| MÉDICAMENTEUSES                   | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | Préciser : ..... |
| AUTRES (animaux, plantes, pollen) | <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | Préciser : ..... |

**Si oui**, préciser les **signes évocateurs**, la **conduite à tenir** et le **PAI** (projet d'accueil individualisé) + ordonnance.

.....  
.....

Votre enfant présente-t-il un **problème de santé particulier** qui nécessite la **transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?  OUI  NON

**Si oui**, lesquels ? .....

Votre enfant est-il accompagné par :  le CMPEA  l'hôpital de jour  autre : .....

**Si oui**, merci de fournir le **PAI**, la **notification MDPH** ou **préciser les recommandations nécessaires** :

.....  
.....

## **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Régime alimentaire particulier, port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

.....  
.....

**NOM DU MÉDECIN TRAITANT** : .....

Tél : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ville : .....

**N° SÉCURITÉ SOCIALE** (dont dépend l'enfant) : ..... **(obligatoire)**

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

J'accepte que ces données personnelles soient regroupées dans le logiciel professionnel de la mairie et uniquement utilisées et visualisées par les agents de service.

Je soussigné(e) ..... certifie l'**exactitude des renseignements ci-dessus** et reconnais avoir pris connaissance des **règlements intérieurs**, des **conséquences** qui pourraient découler du non-respect de ceux-ci et des **modalités de paiement**.

**Je m'engage à signaler toute modification des renseignements fournis dans ce dossier.**

Fait à Paimpol, le ..... Signature