Direction éducation, enfance et jeunesse
Service Relations aux Familles
Tél. 02 40 38 51 23

FICHE D'INSCRIPTION DANS UNE ÉCOLE PUBLIQUE

❑ **ANNÉE SCOLAIRE 2023 / 2024**
❑ **ARRIVÉE SCOLAIRE EN COURS D'ANNÉE LE : ……..**

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

NIVEAU en 2023/2024 :

FRÈRES OU SŒURS SCOLARISÉ.E.S EN ÉCOLE MATERNELLE OU ÉLÉMENTAIRE OU ACCUEILLI.E.S SUR LES ACCUEILS PETITE ENFANCE DE LA VILLE

Nom et prénom	École/Structure d'accueil	Niveau/Age 2023-2024
……	……	……
……	……	……
……	……	……

PARENTS OU PERSONNES AYANT LA RESPONSABILITÉ LÉGALE DE L'ENFANT

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom **Prénom**	…… ……	…… ……
Lien de parenté	……	……
Situation familiale	□ célibataire □ concubin(e) □ pacsé(e) □ marié(e) □ séparé(e) □ divorcé(e) □ veuf(ve)	□ célibataire □ concubin(e) □ pacsé(e) □ marié(e) □ séparé(e) □ divorcé(e) □ veuf(ve)
Autorité parentale (en cas de famille séparée)	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
Résidence principale de l'enfant (en cas de famille séparée)	❑ Résidence principale chez le responsable légal 1 ❑ Résidence principale chez le responsable légal 2 ❑ Résidence en garde alternée (1 semaine / 1 semaine)	
Autorisé.e à venir chercher l'enfant (en cas de famille séparée)	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
Mise en place d'un jugement (si oui, merci de nous fournir une copie)	❑ OUI ❑ NON	
Adresse actuelle	…… ……	…… ……
Commune de résidence	……	……
Future adresse si besoin précisez la date : …….. **Commune de résidence**	…… …… ……	…… …… ……
n° de tél. domicile **n° de tél. portable (obligatoire)**	……/……/……/……/…… ……/……/……/……/……	……/……/……/……/…… ……/……/……/……/……
Adresse courriel (obligatoire) *	……	……
Profession **Employeur (nom et ville)** **n° de tél travail**	…… …… ……/……/……/……/……	…… …… ……/……/……/……/……
Payeur des factures ** **d'activités péri-éducatives** **(accueil périscolaire, restauration et accueil de loisirs)**	❑	❑
Facturation en garde alternée (en cas de famille séparée)	❑ OUI ❑ NON	
N° d'allocataire CAF 44 du payeur	……	……

* **l'adresse courriel est une donnée obligatoire puisqu'elle permet d'informer les familles sur les évènements, le fonctionnement ou dysfonctionnement des services.**
Elle donne accès à la facturation et au portail e-dém@rches utilisé, par exemple, obligatoirement pour la réservation de présence aux activités péri éducatives
Elle est demandée lors de la première inscription scolaire de l'enfant. Il sera demandé la mise à jour tous les ans lors de la campagne d'inscription aux activités péri-éducatives
** **la facture est dématérialisée, si vous souhaitez recevoir une version papier, vous devez solliciter le service Relations aux Familles**

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

NOM : ..... **PRÉNOM** : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ❑ F ❑ M

L'enfant est-il déjà scolarisé.e (pour les enfants arrivant d'une autre commune) ? ❑ OUI ❑ NON

Nom de la commune : ..... Nom de l'école : .....

Niveau : .....

Vaccinations obligatoires pour les enfants nés à partir de 2018 : (merci de joindre la copie du carnet de santé)

DTCP (Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche) :	Date du dernier rappel : ...../...../.....
Hépatite B	Date du dernier rappel : ...../...../.....
Pneumocoque	Date du dernier rappel : ...../...../.....
Méningocoque C	Date du dernier rappel : ...../...../.....
Rougeole Oreillons Rubéole	Date du dernier rappel : ...../...../.....

Habitudes alimentaires : .....

❑ Sans porc ❑ Sans viande ❑ Végétarien (sans viande sans poisson)

Allergies : .....

Contre-indications : .....

L'enfant a-t-il un **projet d'accueil individualisé (PAI)** ? ❑ OUI ❑ NON

Si oui, préciser les allergies, les traitements et les recommandations médicales :

.....

L'enfant a-t-il une spécificité que vous souhaitez nous indiquer (ex : langues parlées) ?

.....

L'enfant est-il en situation de **handicap** ? ❑ OUI ❑ NON

Merci de nous préciser si votre enfant bénéficie d'une :

❑ Reconnaissance MDPH ❑ OUI ❑ NON *Si oui, nous fournir l'attestation correspondante*

❑ Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ❑ OUI ❑ NON *Si oui, nous fournir l'attestation correspondante*

Un entretien sera programmé avec la famille pour étudier les meilleures conditions d'accueil

AUTORISATIONS :

Autorisez-vous votre enfant à être photographié.e ou filmé.e ?	❑ OUI ❑ NON
Autorisez-vous les services de la Ville à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (hospitalisation, soins d'urgence) ?	❑ OUI ❑ NON
Autorisez-vous votre enfant à sortir seul.e des structures d'accueil municipales ?	❑ OUI ❑ NON

Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant

NB : âge minimum requis pour venir chercher un enfant = 8 ans

Nom - Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone - à prévenir en cas d'urgence ?
		...../...../...../...../..... ❑OUI ❑NON
		...../...../...../...../..... ❑OUI ❑NON
		...../...../...../...../..... ❑OUI ❑NON

Si vous souhaitez demander une dérogation, merci de vous adresser au service Relations aux Familles pour obtenir le formulaire prévu à cet effet. Votre demande sera étudiée en commission.

Je certifie l'exactitude de tous les renseignements mentionnés sur cette fiche et m'engage à signaler tout changement.

Je soussigné (e) .....

Fait à ..... , le ..... Signature :

La Ville de Couëron traite les données recueillies pour l'inscription scolaire. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice jointe et disponible sur le portail e-dém@rches, rubriques Activités / Scolaire :
https://www.espace-citoyens.net/ville-coueron/espace-citoyens/Activites/IndexActivitesPubliques#