



DEMANDE D'INSCRIPTION

Année scolaire 2019/2020

ELEMENTAIRE

NOM DE L'ENFANT : **PRENOM :**

Fille Garçon

Adresse

Date de naissance /_/_/___/___/___/___/ Lieu

Date d'arrivée à l'école /_/_/___/___/ (si différente de la rentrée des classes de septembre)

Ecole fréquentée en 2018/2019 :

Classe en 2018/2019 :

Classe en 2019/2020 :

COORDONNEES DU RESPONSABLE LEGAL QUI A LA CHARGE DES ENFANTS

Responsable légal : Mère Père ou tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

☎ Fixe :

☎ portable :

Adresse courriel :(obligatoire) en majuscule :

Situation familiale : Marié(e) En union libre Divorcé(e) ou séparé(e)

Célibataire Pacsé(e) Veuf(ve)

Profession :

Lieux de travail :

☎ Professionnel :

L'autre adulte vivant au foyer : Mère Père ou tuteur ou conjoint Concubin

Nom :

Prénom :

☎ Portable :

☎ professionnel :

Profession :

Lieux de travail :

Adresse courriel :

PARENT NON DOMICILIE A LA MEME ADRESSE

L'autre parent : Mère Père ou tuteur

Nom :

Prénom :

Adresse :

Adresse courriel :(obligatoire) en majuscule:

Profession :

Lieux de travail :

☎ Fixe :

☎ portable :

☎ professionnel :

AUTRES PERSONNES VIVANT AU FOYER (enfant(s), conjoint, grands-parents, autres)

NOM	PRENOM	Qualité (enfant, conjoint)
Profession		
NOM	PRENOM	Qualité
Profession		
NOM	PRENOM	Qualité
Profession		
NOM	PRENOM	Qualité
Profession		
NOM	PRENOM	Qualité
Profession		

FICHE SANITAIRE

<u>Médecin traitant</u> :	<u>Dates des derniers vaccins</u> :
<u>Problèmes particuliers</u> :	DTPCa (Diphtérie Tétanos, Polio Coqueluche).....
Régime social : CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> AUTRE REGIME <input type="checkbox"/>	BCG (vaccin facultatif)
	ROR (vaccin facultatif)
	A défaut de vaccination DTCPa, joindre un certificat de contre-indication

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Nombre d'enfants dans la famille

Transport scolaire souhaité	OUI <input type="checkbox"/> (demandeur un dossier en mairie annexe)	NON <input type="checkbox"/>
Cantine scolaire souhaitée	OUI <input type="checkbox"/> (demandeur un dossier en mairie annexe)	NON <input type="checkbox"/>
Périscolaire souhaité	OUI <input type="checkbox"/> (demandeur un dossier au JIS)	NON <input type="checkbox"/>

AUTRES PERSONNES A PREVENIR SUSCEPTIBLES DE PRENDRE L'ENFANT A CHARGE

nom..... ☎ _____
nom ☎ _____
nom..... ☎ _____
nom ☎ _____

Pièces à joindre au dossier : **fournir les photocopies des documents suivants : SANS AGRAFE**

- livret de famille
- justificatif de domicile de moins de 3 mois
- attestation d'assurance (à fournir à l'entrée en classe, directement à l'école)
- jugement de divorce pour les familles divorcées
- carnet de santé (copie des trois pages de vaccinations)
- certificat médical attestant que l'enfant a bénéficié des vaccinations obligatoires telles que décrites dans les articles L.3111-2 et L.311-3 du code de Santé Publique.- **Original**
- Pour toute nouvelle inscription sur LA CRAU : un certificat de radiation de l'ancienne école - **Original**
- **Pour les familles non sédentaires : Copie de toutes les pages du carnet de circulation des parents.**

ASSURANCE SCOLAIRE couvrant l'enfant à titre individuel et au titre de la responsabilité civile (scolaire/extra-scolaire)

Nom de la compagnie : Nom du sociétaire :
N° du contrat :

Les informations recueillies sont nécessaires à l'inscription à l'école. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au service des affaires scolaires. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, et au règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) en vigueur depuis le 25/05/2018 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service des Affaires scolaires. 15 BD DE LA REPUBLIQUE – 04.89.29.51.66. – 04.94.01.56.72 Les informations sont susceptibles d'être partagées avec le JIS 04.94.57.81.94.

Date le .. / .. / ..

Les parents sont soumis à obligation de faire vacciner leur enfant dès l'entrée en structure collective. A défaut de vaccins obligatoires préconisés par le Ministère de la Santé, leur responsabilité personnelle se trouve engagée.
Je soussigné(e) M./Mme reconnais avoir pris connaissance de cette disposition

Signature du responsable qui a la garde de l'enfant

mention manuscrite « j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis »

