



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION MAIRIE 2019-2020
SITE DE Classe de

ELEVE

NOM : _____ Prénom(s) : _____ Sexe : M F

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) : _____

Nombre d'enfants dans la famille : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1 Autorité parentale : Oui Non Droit de garde : Oui Non

Nom (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Employeur et lieu de travail : _____

Adresse mail : _____@_____

Régime social : N°CAF : _____ ou N°MSA: _____ Quotient Familial CAF ou MSA : _____

Parent 2 Autorité parentale : Oui Non Droit de garde : Oui Non

Nom (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Employeur et lieu de travail : _____

Adresse mail : _____@_____

Régime social : N°CAF : _____ ou N°MSA: _____ Quotient Familial CAF ou MSA : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale qui a la charge effective de l'enfant)

Organisme : _____

Nom (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____ Téléphone travail : _____

Lieu de travail : _____

Adresse mail : _____@_____

Pour les parents divorcés, prière de remettre la photocopie du jugement du divorce quant à la garde de l'enfant.

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui Non

Individuelle Accident : Oui Non

Compagnie d'assurance: _____

Numéro de police d'assurance : _____

VACCINATIONS

Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels	Vaccins recommandés	Date
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Rubéole			Varicelle			Rougeole		
Coqueluche			Otite			Oreillons		
Angine			Rhumatisme articulaire aigu			Scarlatine		

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaires Oui Non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Recommandations utiles des parents (votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...) précisez :

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

Nous, responsables légaux :

- **avons pris connaissance des règlements intérieurs (disponibles auprès des agents du service éducation, dans les mairies déléguées, sur le site internet de la commune et à la mairie Le Mené) et avons noté qu'en dehors des horaires scolaires et périscolaires, notre enfant est sous notre responsabilité.**
- **autorisons, en cas de maladie ou d'accident de notre enfant durant les activités périscolaires et extrascolaires qui se déroulent à l'école ou hors de l'école, les animateurs à prendre toutes mesures d'urgence. La famille sera immédiatement informée.**
- **autorisons notre enfant à utiliser les moyens de transport pour les déplacements qui ont lieu dans le cadre des activités périscolaires et extrascolaires.**
- **autorisons la diffusion, dans le cadre d'activités pédagogiques périscolaires et extrascolaires ,**
 - d'enregistrements sonores : oui non
 - de créations : oui non
 - de photographies de mon enfant :
 - sur site web communal oui non
 - pour exposition oui non
 - pour publication dans un ouvrage et/ou journal oui non
- **et engageons à signaler à la Mairie tous les changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche**

Signature du parent 1 :

Signature du parent 2 :

Signature du responsable légal :

**COUPON-REPONSE
A COMPLETER ET A SIGNER**

La fiche de renseignement doit être ramené à la mairie :

- **avant le vendredi 5 juillet 2019** pour les familles qui ont déjà un enfant scolarisé
- avant le 1 septembre 2019 pour les nouvelles inscriptions
- au moins 15 jours avant l'inscription de l'enfant à un service communal : restauration scolaire, garderie, accueil de Loisirs du mercredi

Je soussigné(e) mère-père-tuteur (1) de,
élève en classe de à l'école
déclare avoir eu accès et pris connaissance des Règlements intérieurs de la garderie périscolaire, du temps
méridien (restauration scolaire et surveillance de cours), de l'accueil de Loisirs.

**Si mon enfant est absent, je dois prévenir l'école mais aussi le service éducation 02 96 31 47 18 ou
service-education@mene.fr**

Si vous utilisez les services de la garderie ou de l'ALSH merci de nous fournir une attestation de Quotient
Familial afin de bien réaliser la facturation.

Les règlements par chèque sont à adresser à l'ordre du TRESOR PUBLIC.

Après 2 factures non soldées, un titre sera émis et transmis au trésor public pour recouvrement. La garderie
périscolaire et l'accueil de loisirs seront suspendus jusqu'à régularisation de la situation financière.

Date :

Signature :

Pour information :

**Les règlements intérieurs sont disponibles auprès des agents du service éducation, dans les mairies déléguées, sur
le site internet de la commune et à la mairie Le Mené.**

(1) rayer les mentions inutiles