



FORMULAIRE PRÉ-INSCRIPTION SCOLAIRE

L'ÉLÈVE

NOM : SEXE : GARÇON FILLE

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

DÉTAIL DE L'INSCRIPTION

DATE DE RENTRÉE :/...../.....

CLASSE : TPS PS MS GS / CP CE1 CE2 CM1 CM2

Votre enfant a-t-il moins de 3 ans lors de sa rentrée scolaire ? OUI NON

Si oui, une demande de dérogation devra être déposée à la mairie pour la fréquentation de la cantine et du clae.

ÉCOLE PRÉCÉDENTE : CP & VILLE :

LA MÈRE

NOM : PRÉNOM

NOM DE JEUNE FILLE :

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

PROFESSION : TÉL. TRAVAIL :

LE PÈRE

NOM : PRÉNOM

ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ENFANT) :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. DOMICILE : TÉL. PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

PROFESSION : TÉL. TRAVAIL :

SITUATION FAMILIALE

MARIÉS VIE MARITALE OU PACS DIVORCÉS SÉPARÉS VEUF(VE) CÉLIBATAIRE*

*SI L'ENFANT N'EST PAS RECONNU PAR L'AUTRE PARENT

AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL*

PERSONNES PHYSIQUE PERSONNE MORALE

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE

CODE POSTAL : VILLE :

TÉL. DOMICILE :TÉL. PORTABLE :

ADRESSE MAIL :

PROFESSION :TÉL. TRAVAIL :

*est considéré comme représentant légal : les parents (père ou mère ayant l'autorité parentale) ou adoptifs, une tierce personne ayant la délégation de l'autorité parentale (validée par le juge des affaires familiale (JAF) ou un tuteur désigné par le JAF.

AUTRES INFORMATIONS

ALLOCATION

NOM DE L'ALLOCATAIRE :NUMERO ALLOCATAIRE.....

ASSURANCE

NOM DE LA COMPAGNIE :NUMERO POLICE.....

AUTORISATIONS

PARTICIPER AUX SORTIES

PUBLIER DES PHOTOS

VOTRE ENFANT EN EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP

Votre enfant est-il bénéficiaire de l'AEEH (*Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé*) ? OUI NON

Si oui, transmettre obligatoirement l'attestation de paiement à l'AEEH perçue par la CAF ou la MSA.

VOTRE ENFANT EST-IL CONVERNE PAR UN PAI (*projet d'accueil individualisé*)

OUI NON

Si oui, transmettre obligatoirement le protocole du médecin.

PERSONNES HABILTEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM	LIEN DE PARENTE	TEL. MOBILE	TEL. DOMICILE

DATE DE LA DEMANDE :/...../.....

SIGNATURES

MÈRE

PÈRE

AUTRE REPRÉSENTANT LÉGAL

PIECES A JOINDRE

MERCI DE REMETTRE CE FORMULAIRE ENTIEREMENT COMPLÉTÉ AUPRÈS DU SERVICE SCOLAIRE EN MAIRIE,

ACCOMPAGNÉ DE CES DOCUMENTS :

- UN JUSTIFICATIF DE DOMICILE, DATANT DE MOINS DE TROIS MOIS,
- LE LIVRET DE FAMILLE,
- LE CERTIFICAT DE RADIATION, SI L'ENFANT ÉTAIT SCOLARISÉ,
- ATTESTATION CAF OU MSA DU QUOTIENT FAMILIAL
- ATTESTATION CAF OU MSA PAIEMENT AEEH (SI ENFANT EST BENEFICIAIRE DE L'AEEH)
- PROTOCOLE DU MEDECIN (SI ENFANT A UN PAI)

POUR LES PARENTS SÉPARÉS OU DIVORCÉS :

- LES PAGES DU JUGEMENT FAISANT APPARAÎTRE L'AUTORITÉ PARENTALE, LE GARDE DE L'ENFANT OU UNE ATTESTATION D'UN AVOCAT JUSTIFIANT QU'UNE PROCÉDURE EST ENGAGÉE,
- OU FOURNIR UN JUSTIFICATIF DE DOMICILE DU MÊME MOIS DES DEUX PARENTS,
- OU REMPLIR LE FORMULAIRE DISPONIBLE AU SERVICE SCOLAIRE OU EN LIGNE SUR L'ESPACE FAMILLE,

POUR LES PARENTS HÉBERGÉS :

- JUSTIFICATIF DE DOMICILE DE L'HÉBERGEANT DE MOINS DE TROIS MOIS,
- REMPLIR L'ATTESTATION D'HÉBERGEMENT DISPONIBLE AU SERVICE SCOLAIRE OU EN LIGNE SUR L'ESPACE FAMILLE,
- SA CARTE D'IDENTITÉ,
- UN DOCUMENT ADMINISTRATIF AU NOM DE L'HÉBERGÉ CHEZ L'HÉBERGEANT (IMPÔTS, ALLOCATIONS FAMILIALES, SÉCURITÉ SOCIALE, PRÉFECTURE...) À CETTE ADRESSE.

IL EST DEMANDÉ DE BIEN VOULOIR RAMENER UNE COPIE DES DOCUMENTS AINSI QUE LES ORIGINAUX ; AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA EFFECTUÉE EN MAIRIE.

L'INSCRIPTION EN MAIRIE NE SERA DÉFINITIVE QUE LORSQUE LE DOSSIER SERA COMPLET. VOUS SEREZ INFORMÉS DE LA DÉCISION DE MONSIEUR LE MAIRE PAR MAIL, OÙ IL NE VOUS RESTERA QU'À RENCONTRER LA DIRECTRICE DE L'ÉCOLE POUR FINALISER L'INSCRIPTION.

AUCUNE INSCRIPTION NE SERA PRISE À L'ÉCOLE SANS PRÉSENTER LA FICHE D'INSCRIPTION, FOURNIE PAR LE SERVICE DE LA MAIRIE.

CANTINE: LE SERVICE CANTINE EST RÉSERVÉ AUX ENFANTS DE PLUS DE **3 ANS**, SAUF DÉROGATION.

DÉCISION DU MAIRE

<input type="checkbox"/> ACCORD INSCRIPTION SCOLAIRE	<input type="checkbox"/> REFUS
<input type="checkbox"/> ACCORD DÉROGATION – DE 3 ANS	Motif :

SAINT-NICOLAS-DE-LA-GRAVE, LE/...../.....

Bernard BOUCHÉ
Maire



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2024-2025



(MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Merci de nous indiquer tout changement en cours d'année.

L'ÉLÈVE

NOM : SEXE : GARÇON FILLE

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :

VACCINATIONS (joindre copie carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant l'accueil ? 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 et autorisation du médecin

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Fiche « ANNEXE SANTÉ » à compléter par le médecin traitant ou le pédiatre, si allergies citées ci-dessous ou pathologie particulière

ALLERGIES : ASTHME OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

AUTRES :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

1. Votre enfant porte-t-il ?

DES LENTILLES DES LUNETTES DES PROTHÈSES AUDITIVES DES PROTHÈSES DENTAIRES
 AUTRES, à préciser :

.....

2. Baignade : SAIT NAGER SE DÉBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

LA MÈRE :

NOM : PRÉNOM

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

N° DE TÉLÉPHONES :

DOMICILE :

PORTABLE :

TRAVAIL :

LE PÈRE :

NOM : PRÉNOM

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

N° DE TÉLÉPHONES :

DOMICILE :

PORTABLE :

TRAVAIL :

LE MÉDECIN TRAITANT

NOM : PRÉNOM

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON COMPLÉMENTAIRE 2024-2025

**Cette fiche doit-être complétée par le médecin traitant, le pédiatre ou l'allergologue
que dans le cas de pathologie particulière.**

L'ÉLÈVE

NOM :

SEXE : GARÇON FILLE

PRÉNOMS :

DATE DE NAISSANCE :

PATHOLOGIE

1. ALLERGIE ALIMENTAIRE :

OUI NON

Allergène(s) retenu(s) :

Type de réaction clinique :

Eczéma

Œdème de Quincke

Choc anaphylactique

Signes digestifs

Urticaire localisé ou généralisé

Syndrome oral

2. AUTRES ALLERGIE :

OUI NON

Allergène(s) retenu(s) :

Date de la dernière manifestation allergique :

Type de réaction clinique :

3. ASTHME :

OUI NON

4. AUTRES :

TRAITEMENT OU CONDUITE A TENIR PENDANT LES TEMPS PERI OU EXTRA SCOLAIRES

Traitement permanent à la cantine :

OUI NON

Si oui, lequel ? (joindre impérativement l'ordonnance) :

Protocole d'urgence préconisé :

OUI NON

Si oui, lequel ? (joindre impérativement le protocole) :

Soins et surveillance pendant le temps de cantine :

OUI NON

Si oui, description des signes cliniques à surveiller :

Un « panier repas » préparé par les parents est-il nécessaire ? : OUI NON

Dans ce cas, aucune préconisation ou adaptation particulière ne sera apportée au menu de la cantine.

CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN TRAITANT

NOM DU MÉDECIN : DATE.....

CACHET ET SIGNATURE