

Cadre réservé à l'administration

Dossier arrivé le : __ / __ / __ Enregistré le __ / __ / __

Par : _____

INSCRIPTIONS ANNÉE SCOLAIRE 2021/2022

Nom – Prénom :

École :

Date de naissance : / /

Classe au 1er septembre 2021:

Nom – adresse Assurance : - Numéro police :

REPRÉSENTANT LÉGAUX

REPRÉSENTANT 1 : Mère Père
Allocataire CAF ou MSA

REPRÉSENTANT 2 : Mère Père

Nom – Prénom :

Nom – Prénom :

Adresse :

Adresse (si différente) :

.....

.....

Téléphone(s) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
____ / ____ / ____ / ____ / ____

Téléphone(s) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
____ / ____ / ____ / ____ / ____

Allocataire : CAF MSA

N° CAF ou MSA :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Personnes autorisées à être contactées et/ou à venir chercher l'enfant sur les temps péri et extra scolaire, **en dehors des représentants légaux** (3 personnes maximum)

| Nom / Prénom | Lien avec l'enfant | téléphone | Être appelé(e) | Venir chercher |
|--------------|--------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Attention : Les parents, même séparés, sont supposés exercer conjointement l'autorité parentale. En cas de séparation des parents, les deux parents sont donc indiqués comme étant à prévenir en cas d'urgence et autorisés à venir chercher l'enfant.

En cas de droit de garde ou d'autorité parentale restreint, la restriction devra **être clairement exprimée, et justifiée par la photocopie du jugement.**

ÉTAT DE VACCINATIONS DE L'ENFANT

Je soussigné,

Représentant légal de l'enfant, déclare que celui-ci est à jour de ses vaccinations conformément à la réglementation.

PATHOLOGIE, MALADIE, ALLERGIES, PROTOCOLE D'ACCUEIL

Un P.A.I. est-il mis en place pour votre enfant : oui non en cours

| | Pathologie | Préciser |
|---|--|----------|
| 1 | Allergie Alimentaire | |
| 2 | Allergie autre | |
| 3 | Affection, pathologie ou maladie particulière | |
| 4 | Autre information à signaler (ex : prothèses, alimentation...) | |

Si votre enfant présente une allergie alimentaire / asthme ou autre, et qu'une prise de traitement est nécessaire sur les temps scolaires, accueil périscolaire, accueil de loisirs et restauration, un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) doit être signé sous la responsabilité du médecin scolaire ou du médecin de P.M.I., entre les parents, le Directeur de l'école et Monsieur le Maire.

**Un certificat médical est indispensable pour toute mise en place d'un P.A.I.
Le P.A.I. devra être renouvelé pour chaque année scolaire
auprès de la Direction de l'école de votre enfant**

MODE DE PAIEMENT

Prélèvement bancaire : oui non

Si oui, s'agit-il : d'un renouvellement d'une première demande (*) d'un changement de compte (*)

(*) Merci de compléter le « Mandat de prélèvement SEPA », accompagné d'un RIB

Je soussigné(e),
représentant légal de l'enfant,

- Atteste l'exactitude des renseignements portés dans la présente fiche et autorise les personnels municipaux à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant ;
- Autorise les services de la Ville de La Chapelle-sur-Erdre à utiliser l'image de mon enfant sur support photographique ou informatique afin d'utiliser éventuellement les supports municipaux d'information et de communication (magazine, sites Internet de la Ville...)
 oui non
- Je m'engage à signaler tout changement éventuel qu'il soit d'ordre administratif ou qu'il concerne la santé de mon enfant à la Direction de l'Animation.

Pour toute demande de départ anticipé ou en autonomie de votre enfant, veuillez-vous rapprocher du Directeur de la Structure.

Fait à :

Le :

Signature :