

COMMUNE DE SOULEUVRE EN BOCAGE
INSCRIPTIONS 2016/2017
ECOLE DE SAINT MARTIN DES BESACES

ENFANT A INSCRIRE :

NOM :Prénoms :

Date de naissance ___/___/___/ Lieu de naissance :Département.....

Inscription à l'école MATERNELLE PRIMAIRE :

Classe : Date d'effet de l'inscription :

PERE (ou 1^{er} responsable légal) :

NOM :Prénoms.....

ADRESSE :

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Lieu de travail :

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

MERE (ou 2^{ème} responsable légal) :

NOM :Prénoms.....

ADRESSE :

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Lieu de travail :

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DE LA FAMILLE :

NOM :Prénoms.....

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Téléphone travail : ___/___/___/___/___/ Portable travail : ___/___/___/___/___/

NOM :Prénoms.....

Téléphone : ___/___/___/___/___/ Portable : ___/___/___/___/___/

Téléphone travail : ___/___/___/___/___/ Portable travail : ___/___/___/___/___/

Nota : Les numéros de téléphone sont impératifs même ceux en liste rouge (le préciser)

TRANSPORT SCOLAIRE :Utilisation OUI NON (cocher les cases utiles)

Jours de fréquentation :

Lieu souhaité de ramassage :

Retour le mercredi midi (à quel arrêt) ? :

L'année entière <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Lundi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mardi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mercredi <input type="checkbox"/>	Matin et midi <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le midi <input type="checkbox"/>
Jeudi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Vendredi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>

FACTURATION DU TRANSPORT SCOLAIRE : au moment de l'inscription (joindre un chèque à l'ordre du Trésor Public).**Tarif :** 22 € par enfant**GARDERIE :**Utilisation régulière OUI NON (cocher les cases utiles)

Jours de fréquentation :

L'année entière <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Lundi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mardi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Mercredi <input type="checkbox"/>	Matin et midi <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le midi <input type="checkbox"/>
Jeudi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>
Vendredi <input type="checkbox"/>	Matin et soir <input type="checkbox"/>	Le matin <input type="checkbox"/>	Le soir <input type="checkbox"/>

Ou utilisation ponctuelle OUI NON **FACTURATION GARDERIE :** tous les mois à terme échu.**Tarif :** 0.80 € la ½ heure + goûter à 0.90 €.

DROIT A L'IMAGE : Je soussigné (e).....en tant que représentant légal de l'enfantl'autorise à être photographié ou filmé seul ou en groupe lors des activités proposées par l'école. Cette dernière pourra utiliser ces images dans un cadre qui ne dépassera pas les activités organisées au sein de l'école.

Fait àle ----/----/-----

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1) LA VACCINATION :

(Veuillez nous fournir une photocopie du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	oui	non	Dates
Diphtérie				BCG			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Coqueluche			
				ROR (rougeole-oreillons-rubéole)			
				Autres (préciser)			

**Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoire, joindre un certificat médical de contre-indication*

2) RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit t-il un traitement médical ? *oui / non

**Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice.*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

	Oui	Non
Rubéole		
Coqueluche		
Varicelle		
Otite		
Angine		
Rougeole		
Oreillons		
Scarlatine		

L'ENFANT A-T-IL DES ALLERGIES* ?

	Oui	Non
Respiratoires		
Alimentaires		
Médicamenteuse		

Autres		
--------	--	--

***Préciser la forme d'allergie, la cause et la conduite à tenir** (si automédication, le préciser) :

.....

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre

.....

4) RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

.....

5) Nom et téléphone du médecin traitant :

.....

Je soussigné(e)

responsable de l'enfant

- autorise le Maire ou le représentant du site scolaire, le cas échéant, pendant mon absence, à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) et décisions urgentes rendues nécessaire par l'état de l'enfant.
- atteste sur l'honneur, l'exactitude des renseignements et des pièces fournies.
- m'engage à prévenir l'école de tout changement éventuel,
- déclare avoir pris connaissance des règlements intérieurs et m'engage à respecter les règles qui y sont mentionnées.

Fait le : __ / __ / ____ à

Signature :