



INSCRIPTION SCOLAIRE – Année 2024-2025

Maternelle			Élémentaire				
P.S. né en 2021	M.S.	G.S.	CP	CE1	CE2	CM1	CM2

Date de rentrée pour une arrivée en cours d'année :

Ecole fréquentée l'année précédente : (+ ville).....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom et prénom:

Sexe : Masculin – Féminin (*Rayer la mention inutile*)

Date de naissance :

Ville de naissance : N° département

Adresse domicile :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX (*Rayer les mentions inutiles*)

PÈRE

Situation : marié-pacsé-célibataire-divorcé-veuf-vie maritale

Autorité parentale : Conjointe - *Exclusive

*Garde Alternée : OUI – NON

Semaine Paire - Semaine Impaire

Nom :

Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal Ville.....

Tél. Portable.....

Tél. professionnel.....

Signature (obligatoire)

MÈRE

Situation : mariée-pacsée-célibataire-divorcée-veuve-vie maritale

Autorité parentale : Conjointe - *Exclusive

*Garde Alternée : OUI – NON

Semaine Paire - Semaine Impaire

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse (si différente de l'enfant) :

Code postal Ville.....

Tél. Portable.....

Tél. Professionnel.....

Signature (obligatoire)

AUTRE(S) ENFANT(S) À CHARGE

Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée

SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

	PÈRE	MÈRE
Profession		
Nom de l'employeur		
Adresse employeur		

INSCRIPTIONS AU PORTAIL FAMILLE

Réservations et règlements des activités Scolaire-Extrascolaires

- Accueils périscolaires
- Restauration scolaire
- Accueils de loisirs (Mercredis et/ou Vacances scolaires)
- Réception d'informations par mail via portail.famille@noiseau.fr

Adresse Mail « Compte Famille » obligatoire:
(à écrire en lettres majuscules)

*En cas de garde alternée :

Adresse Mail « Mère » :

Adresse Mail « Père » :

PIÈCES À FOURNIR :

- Livret de famille
- Carte nationale d'identité des parents
- Justificatif de domicile
- Carnet de santé de l'enfant
- *Jugement de divorce ou décision de justice notifiant l'autorité parentale s'il y a lieu
- Avis d'imposition 2023 sur les revenus 2022 des parents afin de calculer votre tarif pour accueils de loisirs jusqu'au 31 décembre 2024 (restauration, garderie, mercredis, vacances scolaires).

Inscription reçue le
Visa du Directeur(trice) de l'établissement

Noiseau, le
Visa du Responsable du Service Education

Ces renseignements font l'objet d'un traitement informatique destiné à valider les inscriptions périscolaires de votre enfant. Les destinataires des données sont les services municipaux chargés de l'organisation des activités périscolaires. Les réponses à ce questionnaire ont un caractère obligatoire.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données.

PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024-2025

*Fiches à retourner impérativement au Service Education
en cas de présence de votre enfant, même occasionnelle, aux accueils ci-dessous.*

- RESTAURATION SCOLAIRE
- GARDERIE PÉRISCOLAIRE
- ACCUEIL DE LOISIRS

MATERNELLE

Cocher le niveau correspondant

PS	MS	GS
----	----	----

ELÉMENTAIRE

Cocher le niveau correspondant

CP	CE1	CE2	CM1	CM2
----	-----	-----	-----	-----

ENFANT

Nom et prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse domicile :

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM, Prénom.....

NOM, Prénom.....

Lien avec l'enfant.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

 Portable.....

AUTORITÉ PARENTALE exercée par :

PÈRE

MÈRE

NOM, Prénom :

NOM, Prénom :





INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES OBLIGATOIRES

Régime Général : Régime Agricole : Autres Régimes : précisez.....

N° Allocataire (CAF) :code postal caisse CAF.....

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) : Non Oui (Joindre le P.A.I.)

Régime alimentaire : Non Oui précisez :

EN CAS DE DROIT DE GARDE

Alterné

Classique

Réduit

(En cas de droit de garde : Alterné, Classique ou Réduit, joindre obligatoirement le jugement)

Adresse domicile Mère :

Adresse domicile Père :

AUTORISATIONS

Je soussigné, M. / Mme :

Responsable de l'enfant :

- autorise mon enfant, à participer à toutes les activités, y compris la piscine,
- autorise le personnel d'animation, sous l'autorité du directeur, à filmer et/ou photographier mon enfant dans le cadre des activités. Certains clichés pourront être utilisés dans un but non lucratif pour des supports de communication municipaux :

Journal_site internet et pages Facebook de la Ville : Oui Non

- m'engage à payer la participation incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération donnant lieu ou non au remboursement de la sécurité sociale et de ma mutuelle,
- autorise le responsable des accueils, à soigner mon enfant (blessures superficielles) et/ou à faire intervenir les services d'urgence en cas de nécessités.
- m'engage à signaler tout changement de situation, personnelle, familiale, médicale ou professionnelle,
- autorise le responsable des accueils à contacter et/ou confier mon enfant aux personnes suivantes **qui seront munis d'une pièce d'identité lors de leur venue (précisez si la personne est mineure) :**

NOM, Prénom:.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

NOM, Prénom:.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

NOM, Prénom:.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

NOM, Prénom:.....

Lien avec l'enfant.....

 Portable.....

Certifie que les renseignements portés sur la présente fiche sont exacts.

Date

Signature(s)

COMMENTAIRES



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

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

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

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)

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

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
