

**FICHE D’INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS**

**FICHE D’URGENCE**

**Année scolaire 2024 / 2025**

**ELEVE**

NOM : ………………………………… Prénom : ……………………………………. Sexe : M ❑ F ❑

Né le : ……../……./……. Lieu de naissance (commune et numéro de département) : ……………………………………….

Adresse de résidence de l’enfant : …………………………………………………………………………………………………..

Nom et ville ancienne école : ……………………………………………………………. Classe en 2022/2023 : ....................

**FAMILLE DE L’ENFANT / NUMEROS D’URGENCE**

***Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l’envoi des documents pour les élections des représentants de parents d’élèves. Parents séparés ou divorcés, fournir obligatoirement une photocopie de l’extrait de jugement (nouveaux élèves seulement)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Père** | | **Mère** | | **Autre : nouveau conjoint(e)** | |
| **NOM** |  | |  | |  | |
| **Prénom** |  | |  | |  | |
| **Adresse** |  | |  | |  | |
| **Code Postal** |  | |  | |  | |
| **Ville** |  | |  | |  | |
| 🕿 **Domicile** |  | |  | |  | |
| 🕿 **Portable** | **06-** | | **06-** | | **06-** | |
| **Courriel** |  | |  | |  | |
| **Profession** |  | **code** |  | **code** |  | **code** |
| **Entreprise** |  | |  | |  | |
| 🕿 **Travail** |  | |  | |  | |
| **Situation**  **de famille** | 🗆 marié 🗆 séparé 🗆 divorcé  🗆 vie maritale 🗆 célibataire  🗆 veuf 🗆 décédé | | 🗆 mariée 🗆 séparée 🗆 divorcée  🗆 vie maritale 🗆 célibataire  🗆 veuve 🗆 décédée | | 🗆 marié 🗆 séparé 🗆 divorcé  🗆 vie maritale 🗆 célibataire  🗆 veuf | |
| **Autorité parentale** | 🗆 oui 🗆 non | | 🗆 oui 🗆 non | | 🗆 oui 🗆 non | |
| **En cas de placement chez un tiers (famille d’accueil,…)** | Nom et prénom : …………………………………………. 🕿: ………………………………  Adresse :…………………………………………………………………………………………………….  Organisme : ………………………………………… Personne référente : ……………………………. | | | | | |

**AUTRES ADULTES A CONTACTER EN CAS D’URGENCE ET/OU AUTORISES A PRENDRE L’ENFANT A LA SORTIE**

Nom et prénom : …………………………………………. Qualité : (famille, voisin, gardienne) :…………………

🕿 : ……………………………… Adresse : …………………………………………………………………………….

*A appeler en cas d’urgence ❑ Autorisé à prendre l’enfant ❑*

**FRERES ET SOEURS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** |  |  |  |  |  |
| **Prénom** |  |  |  |  |  |
| **Date de naissance** |  |  |  |  |  |

**INFORMATIONS PERISCOLAIRES MEDECIN TRAITANT**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l’hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par l’école. Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de sa famille. |  |  |  |  |
| **Garderie matin : Oui Non NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Garderie soir : Oui Non** 🕿**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Étude surveillée : Oui Non Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_**  **Restaurant scolaire : Oui Non Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Lunettes : Oui Non Asthme : Oui Non**    **Centre de loisir Mercredi Oui Non : Allergie : Oui Non**  **Formule choisie : Matin sans repas du midi Type d'allergie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Centre de Matin avec repas du midi**  **Loisirs) Après-midi sans repas du midi Anti-douleur que j'autorise à donner**  **Après-midi avec repas du midi Efferalgan Doliprane** |  |  |  |  |

**Lieu d'hospitalisation souhaité \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**J’autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d’urgence tout traitement rendu nécessaire par l’état de santé de mon enfant.**

**Oui Non**

**INTERVENANTS PERISCOLAIRES (psychologues, spécialistes, …)**

**NOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SPECIALITE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 🕿**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SPECIALITE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 🕿**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SPECIALITE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 🕿**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSURANCES**

**Responsabilité civile : Oui □ Non □**

**Individuelle Accident : Oui □ Non □**

**Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Numéro de police d'assurance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Date : Signature de la mère : Signature du père : autre représentant légal :

**Pièces à joindre au dossier :**

* Photocopie de la fiche vaccination du carnet de santé.
* Photocopie de la fiche de l’enfant dans le livret de famille.
* Certificat de radiation de l’enfant de l’école où il était inscrit précédemment.
* Livret scolaire de votre enfant à réclamer à l’école (pour la rentrée si possible).
* Certificat d’assurance (individuelle accident + responsabilité civile) pour la rentrée si possible.

**AUTORISATION DE SORTIE DE L'ECOLE**

Je soussigné, responsable légal de(s) l'enfant (s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et / ou

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **autorise mon ou mes enfants** :

* **A quitter l'école à 12h00 : seul** Oui Non **à pied** Oui Non **à vélo** Oui Non

Accompagné par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **A quitter l'école à 16 h 15 :** Temps périscolaire (garderie ou activités éducatives non scolaires) pris en charge par la mairie après le temps de classe indiqué.

**seul** Oui Non **à pied** Oui Non **à vélo** Oui Non

Accompagné par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ou par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : Signature de la mère : Signature du père : autre représentant légal :

**AUTORISATION PARENTALE DE DIFFUSION DE DOCUMENTS**

**Pour l’ensemble de la scolarité de mes enfants à l’école Jean Leuduger**

**Dans le cadre des activités pédagogiques réalisées dans les classes ou lors des sorties, des photographies peuvent être prises pour réaliser des panneaux d'exposition, de compte-rendus dans les cahiers des enfants, des photos pour la presse locale ou encore pour illustrer des articles sur le site internet de l'école. Toutefois, les textes réglementaires obligent à ne photographier les enfants qu'avec l'accord des parents.**

**Merci de remplir la partie ci-dessous.**

Je soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ parent(s) ou responsable(s) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

accepte que mon enfant soit photographié pour

* la réalisation de panneaux d'exposition à l'école Oui Non
* \*l'illustration dans les cahiers des enfants Oui Non
* la presse locale Oui Non
* les publications numériques de l'école: Oui Non
* le site www.ecole-jeanleuduger-plerin.fr et ses applications numériques (page facebook, compte twitter, chaîne dailymotion) Oui Non

Date : Signature de la mère : Signature du père : autre représentant légal :

**DELEGATION DE POUVOIR EN CAS D'URGENCE ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025**

Je soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorise le directeur et les enseignants de l'école à prendre, en cas d'urgence, toute décision de transports, d'hospitalisation, d'intervention chirurgicale nécessitée par l'état de santé de mon enfant. Bien entendu, je serai mis au courant dès que possible des décisions prises dans l'urgence.

Date : Signature de la mère : Signature du père : autre représentant légal :

**CONTRIBUTIONS DES FAMILLES ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025**

Nom de la famille : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ou du payeur)

**Enfants scolarisés à l'école Jean Leuduger**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Classe | Nom de l'enfant | Prénom de l'enfant |
| PS |  |  |
| MS |  |  |
| GS |  |  |
| CP |  |  |
| CE1 |  |  |
| CE2 |  |  |
| CM1 |  |  |
| CM2 |  |  |

Soit nombre d'enfants scolarisés à l'école Jean Leuduger:

**Mode de paiement**

Je choisis le prélèvement automatique **(joindre un RIB et l'imprimé de prélèvement SEPA)**

**Paiement de moitié par chaque parent, en cas de séparation (joindre les 2 RIBS)**

Je choisis de payer par chèque à réception de la note trimestrielle.

**Choix du tarif : TARIF GLOBALISE MENSUEL 2024-2025 sur 10 MOIS**

1 enfant

2 enfants

3 enfants

TARIF DE BASE MENSUEL (sous réserve de modification en septembre)

1 enfant 30,00 €

2 enfants 46,00 € Pack fourniture annuel : 20,00 € / enfant

3 enfants 59,00 €

Date : Signature de la mère : Signature du père : autre représentant légal :