|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOSSIER D’INSCRIPTION SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE**  **2021/2022**  Afin d’inscrire votre enfant aux services scolaires et périscolaires pour l’année 2021/2022, nous vous demandons de bien vouloir nous transmettre les documents suivants :   * INSCRIPTION AUX SERVICES POUR DU 02 AU 10 SEPTEMBRE * ENGAGEMENT SUR L’HONNEUR * Fiche 1 – FICHE LIAISON DE L’ENFANT * Fiche 2 – FICHE SANITAIRE DE L’ENFANT * Fiche 3 – FICHE D’INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES   **A RENVOYER DÛMENT COMPLÉTÉ ET ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES JUSTIFICATIVES AVANT LE 20 JUIN 2021.**  Ce dossier est à retourner à : **sivosabc.secretariat@wanadoo.fr**  Ou par courrier :  **SIVOS ABC**  **1 Rue du Régiment de la Chaudière**  **14610 COLOMBY-ANGUERNY**  **\*\*\*\***  *TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE PRIS EN COMPTE*  *\*\*\*\**  **INSCRIPTION SEMAINE DE LA RENTRÉE :**  Afin d’organiser au mieux la rentrée, merci de nous indiquer dans ce tableau les jours et services sur lesquels votre enfant doit être inscrit. Pour la garderie, précisez le lieu de garderie.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | *JOUR* | *GARDERIE MATIN* | *CANTINE* | *GARDERIE SOIR* | | *Jeudi 02/09/2021* |  |  |  | | *Vendredi 03/09/2021* |  |  |  | | *Lundi 06/09/2021* |  |  |  | | *Mardi 07/09/2021* |  |  |  | | *Jeudi 09/09/2021* |  |  |  | | *Vendredi 10/09/2021* |  |  |  |   ***ENGAGEMENTS SUR L’HONNEUR***  **NOM de l’enfant :…………………………...… Prénom :**  **Classe : ………………………  Ecole : ………………………………………………..**  ⌧ Atteste avoir pris connaissance du document « **Livret d’accompagnement de votre (vos) enfant(s) Année scolaire 2021-2022** » et m’engage à le respecter.  Signature de l’enfant  **Je soussigné(e) M. Mme** ……………………………………………………………………………………………….**,**  **responsable de l’enfant**  **,**   * Atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés sur le présent document, * M’engage à régler dans les délais impartis, les prestations pour lesquelles je sollicite l’inscription de mon enfant, conformément aux conditions administratives d’utilisation de ces services, dont je reconnais avoir pris connaissance et qui fera loi en cas de litige, * Approuve les règlements intérieurs (restaurant scolaire et garderie périscolaire), qui m’ont été remis avec le dossier d’inscription, que j’ai lu et fait lire à mon enfant, et m’engage à les respecter et lui faire respecter.   **Signature obligatoire, précédée de la mention « lu et approuvé » :**  Les informations recueillies sur ce dossier sont enregistrées dans un fichier informatisé par le SIVOS ABC pour la gestion des écoles, activités périscolaires et extrascolaires.  Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées uniquement aux services du SIVOS ABC et aux écoles.  Conformément à la loi "informatique et libertés", vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant le secrétariat du SIVOS : sivosabc.secretariat@wanadoo.fr  **🞏 En cochant cette case, je reconnais avoir été informé de la création d'un fichier informatisé contenant mes informations.** | | | |
| **Responsable 1** | | **Responsable 2** | |
| **Fait à :** |  | **Fait à :** |  |
| **Date :** |  | **Date :** |  |
| **Signature :** |  | **Signature :** |  |

**FICHE1a**

**NOUVELLE INSCRIPTION  □ Année scolaire 2021-2022 RENOUVELLEMENT  □ Ecole de ………………………………**

**CLASSE A LA RENTRÉE 2021-2022 : □ TPS □ PS □MS □GS**

**□ CP □ CE1 □ CE2 □ CM1 □ CM2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENFANT** | | | |
| **Identité** | | | **Photo (\*)** |
| **Nom :** | **Prénom :** | | Une image contenant silhouette  Description générée automatiquement |
| **Sexe : □ Masculin □ Féminin** | | |
| **Date de Naissance :** | **Lieu de Naissance :** | |
| **Adresse :** | | |
| \* À fournir si manquant |
|  | | |  |
| **ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE** | | | |
| **□ En cochant cette case, je reconnais avoir souscrit une assurance responsabilité civile et individuelle accident pour mon enfant** | | | |
|  | | | |
| **REPRÉSENTANTS LÉGAUX** | | | |
| **Représentant légal 1** | | **Représentant légal 2** | |
| **Autorité Parentale : □ Oui □ Non** | | **Autorité Parentale : □ Oui □ Non** | |
| **Nom :**  **Nom de naissance :** | | **Nom :**  **Nom de naissance :** | |
| **Prénom :** | | **Prénom :** | |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | |
| **Adresse (si différente de l’enfant):** | | **Adresse (si différente de l’enfant) :** | |
| **Email :** | |  | |
| **Tél. :** | | **Tél. :** | |
| **Portable :** | | **Portable :** | |
| **Tél. Pro. :** | | **Tél. Pro. :** | |
| **FAMILLE OU STRUCTURE D’ACCUEIL** | | | |
| **Structure (Nom et adresse) :** | | **Autorité Parentale : □ Oui □ Non** | |
| **Tél. :** | | **Email :** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHE 1b** | |
| **PERSONNES À CONTACTER ET/OU AUTORISÉES A RECUPERER L’ENFANT**  **(autres que les parents)** | |
| **Contact 1** | **Contact 2** |
| **Nom :** | **Nom :** |
| **Prénom :** | **Prénom :** |
| **Lien avec l’enfant :** | **Lien avec l’enfant :** |
| **Tél. :** | **Tél. :** |
| **Portable :** | **Portable :** |
| **Appel en cas d’urgence :  □ Oui □ Non** | **Appel en cas d’urgence : □ Oui □ Non** |
| **Autorisé à récupérer l’enfant : □ Oui □ Non** | **Autorisé à récupérer l’enfant : □ Oui □ Non** |
|  |  |
| **Contact 3** | **Contact 4** |
| **Nom :** | **Nom :** |
| **Prénom :** | **Prénom :** |
| **Lien avec l’enfant :** | **Lien avec l’enfant :** |
| **Tél. :** | **Tél. :** |
| **Portable :** | **Portable :** |
| **Appel en cas d’urgence :  □ Oui □ Non** | **Appel en cas d’urgence : □ Oui □ Non** |
| **Autorisé à récupérer l’enfant : □ Oui □ Non** | **Autorisé à récupérer l’enfant : □ Oui □ Non** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES** | | | | | |
| **Autorisations Parentales** | | **OUI** | **NON** | | |
| **Partir seul :** J’autorise mon enfant à quitter seul, ou accompagné d’un mineur, la structure. ***Une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre à cette fiche)*** | |  | |  | |
| **Prise de photo :** J’autorise mon enfant à être photographié ou filmé et autorise la diffusion, sans limitation de durée, de l’image de mon enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d’articles portant sur des animations réalisées dans les différentes structures. | |  | |  | |
| **Sport :** J’autorise mon enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure dans le respect de la règlementation en vigueur. | |  | |  | |
| **Hospitalisation :** J’autorise l’école ou le responsable des activités périscolaires à faire pratiquer les actes médicaux, chirurgicaux et hospitalisation jugés indispensables par le médecin, à l’hôpital préconisé. | |  | |  | |
| A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature Représentant 1 Signature Représentant 2 :  ou famille accueil :  **FICHE SANITAIRE LIAISON DE L’ENFANT FICHE 2a** | | | | | |
| **NOM : ………………………………………… Prénom : ………………………………………………**  **Date de naissance : …………/……………./…………… □ Masculin □ Féminin** | | | | | |
| **REPRÉSENTANTS LÉGAUX** | | | | | |
| **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** | | | | |
| **Autorité Parentale : □ Oui □ Non** | **Autorité Parentale : □ Oui □ Non** | | | | |
| **Nom :**  **Nom de naissance :** | **Nom :**  **Nom de naissance :** | | | | |
| **Prénom :** | **Prénom :** | | | | |
| **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | **Type :** Père / Mère / Autre (Précisez) | | | | |
| **Adresse :** | **Adresse :** | | | | |
| **Email :** |  | | | | |
| **Tél. :** | **Tél. :** | | | | |
| **Portable :** | **Portable :** | | | | |
| **Tél. Pro. :** | **Tél. Pro. :** | | | | |
| **FAMILLE OU STRUCTURE D’ACCUEIL** | | | | | |
| **Structure (Nom et adresse) :** | **Autorité Parentale : □ Oui □ Non** | | | | |
| **Tél. :** | **Email :** | | | | |
| Appareillage | | OUI | | NON | |
| Votre enfant porte-t-il des lunettes ? | |  | |  | |
| Votre enfant porte-t-il des lentilles ? | |  | |  | |
| Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? | |  | |  | |
| Votre enfant porte-t-il un appareil auditif ? | |  | |  | |
|  | | | | | |
| Handicap | | OUI | | NON | |
| Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? | |  | | |  |
| Données complémentaires | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| Informations médicales | | | | | | | |
| Médecin traitant | | Téléphone fixe | | | Téléphone mobile | | |
|  | |  | | |  | | |
| **FICHE 2b** | | | | | | | |
| **Vaccin** | **Date** | |  | **Maladie** | | **Date maladie** | |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP) |  | |  | Rubéole | |  | |
| Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite, Haemophilus (DTCPH) |  | |  | Varicelle | |  | |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP) |  | |  | Angine | |  | |
| Grippe |  | |  | Coqueluche | |  | |
| Haemophilus influenzae b |  | |  | Oreillons | |  | |
| Hépatite A |  | |  | Otite | |  | |
| Hépatite B |  | |  | Rougeole | |  | |
| Méningocoque C |  | |  | Scarlatine | |  | |
| Papillomavirus humain |  | |  | Rhumatisme articulaire aigu | |  | |
| Pneumocoque |  | |  | **Allergie** | | **OUI** | **NON** |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole (ROR) |  | |  | Asthme | |  |  |
| Tuberculose (BCG) |  | |  | Alimentaires | |  |  |
| Varicelle |  | |  | Médicamenteuses | |  |  |
| Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  | Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L’ENFANT :**

En cas d’**allergie** : Précisez lesquelles ainsi que les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir.**

**P.A.I. (PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISÉ) :**  Oui  Non **Joindre la copie du dossier.**

Je soussigné(e), ………………………………………………………………………………responsable légal de l’enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m’engage à les réactualiser si nécessaire.

J’autorise l’école ou le responsable des activités périscolaires à faire pratiquer les actes médicaux, chirurgicaux et hospitalisation jugés indispensables par le médecin, à l’hôpital préconisé

Date : ……………………… Signature Représentant 1 ou famille d’accueil Signature Représentant 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHE INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES FICHE 3a**  **ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022 – ECOLE DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Enseignante(s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Merci de nous fournir une adresse mail **valide et lisible** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pour des raisons de responsabilité et de sécurité, un enfant ne peut fréquenter le restaurant scolaire et la garderie que s’il est inscrit. Vous devez donc inscrire administrativement votre enfant et remplir préalablement cette fiche d’inscription, même si l’enfant n’utilise les services que de façon exceptionnelle.    RESTAURATION SCOLAIRE  - Planning prévisionnel :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |   - Pour un planning fixe : entourer les jours de présence   - Pour un planning au mois : cocher la case ⬜  Cas particuliers :  ⬜ Repas sans Porc  ⬜ Plan d’Accueil Personnalisé ( Dossier PAI établi et à nous remettre)  - Facturation :  Pour les tarifs, veuillez consulter le livret d’accompagnement qui vous a été remis avec le dossier d’inscription.  Il est possible d’annuler ou d’inscrire votre enfant à la cantine en informant le SECRETARIAT DU SIVOS ABC 48 heures avant (jours ouvrés). Tout repas annulé hors délai sera alors facturé.  GARDERIE  Pour la sécurité de votre enfant, nous vous rappelons que vous devez impérativement l’accompagner et vous faire reconnaître par les responsables de garderie. Un pointage systématique des enfants est mis en place et votre signature doit être apposée sur la feuille de présence matin et soir.  - Planning prévisionnel :  Cocher les jours de présence possible et indiquer le site de la garderie (Basly ou Colomby-Anguerny)   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Jours | Matin | Soir | Lieu de garderie | | Lundi |  |  |  | | Mardi |  |  | | Jeudi |  |  | | Vendredi |  |  |   Si vous choisissez un lieu de garderie différent du lieu de scolarisation, pensez à vous renseigner sur le site de la Région ([nomad-car@normandie.fr](mailto:nomad-car@normandie.fr)) pour choisir le bon forfait pour la carte de bus. Ou contactez-les au 02 22 55 00 10.  FICHE 3b  - Facturation :  Pour les familles optant pour le forfait mensuel à la garderie, ce forfait vous engage, que votre enfant soit présent ou non.  Pour les tarifs, veuillez consulter le livret d’accompagnement qui vous a été remis avec le dossier d’inscription.  Cocher le type de forfait pour lequel vous optez :  *Pour information :*  *Au-delà de 7 présences occasionnelles sur le* *mois, il est préférable d’opter pour un forfait mensuel.*   * Forfait mensuel matin ⬜ * Forfait mensuel soir ⬜ * Forfait mensuel matin et soir ⬜ * Forfait occasionnel matin ⬜ * Forfait occasionnel soir ⬜   Réduction famille à appliquer ⬜  Indiquer les Noms/Prénoms des frères et sœurs : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***La réduction ne s’applique que si les 2 enfants utilisent un forfait mensuel pour la garderie.***  Tout dépassement de temps sera facturé 20 euros par enfant.  BUS  - Planning prévisionnel  Cocher les jours de présence possibles et indiquer le lieu de montée et celui de descente :   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Jours | Matin | Soir | | Lundi |  |  | | Mardi |  |  | | Jeudi |  |  | | Vendredi |  |  | | Lieu de montée |  |  | | Lieu de descente |  |  |   AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE  Indiquer si vous souhaitez opter pour le prélèvement automatique :   Oui  Non  FOURNIR UN RIB.  🞏 En cochant cette case, j’atteste sur l’honneur être titulaire de l’autorité parentale et certifie les informations portées par ce formulaire.  Date : ……………………… Signature Représentant 1 ou famille d’accueil Signature Représentant 2 |