

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 :	

NOUVELLE INSCRIPTION
RENOUVELLEMENT

Année scolaire 2021-2022
Ecole de

CLASSE A LA RENTRÉE 2021-2022 : TPS PS MS GS
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

ENFANT		
Identité		Photo (*)
Nom :	Prénom :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		
Date de Naissance :	Lieu de Naissance :	
Adresse :		
		* À fournir si manquant

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE
<input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tél. :	Email :

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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Appel en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorisé à récupérer l'enfant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Autorisations Parentales	OUI	NON
Partir seul : J'autorise mon enfant à quitter seul, ou accompagné d'un mineur, la structure. <i>Une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (À joindre à cette fiche)</i>		
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 réglementation 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
 ou famille accueil :

Signature Représentant 2 :

NOM : **Prénom :**

Date de naissance :/...../..... Masculin Féminin

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Représentant légal 1	Représentant légal 2
Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autorité Parentale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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

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

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 :

- Pour un planning fixe : entourer les jours de présence

Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
-------	-------	-------	----------

- 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) pour choisir le bon forfait pour la carte de bus. Ou contactez-les au 02 22 55 00 10.

- 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 :

- Forfait mensuel matin
- Forfait mensuel soir
- Forfait mensuel matin et soir
- Forfait occasionnel matin
- Forfait occasionnel soir

*Pour information :
 Au-delà de 7 présences occasionnelles sur le mois, il est préférable d'opter pour un forfait mensuel.*

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