

## DOSSIER D'INSCRIPTION SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE Année 2024 / 2025

Afin d'inscrire votre enfant aux services scolaires et périscolaires pour l'année 2024/2025, nous vous demandons de bien vouloir nous transmettre les documents suivants :

- ✚ Inscription aux services pour du 02 au 10 septembre 2024,
- ✚ 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 périscolaires.

**A RENVoyer Dûment Complété et Accompagné des Pièces Justificatives  
AVANT LE 17 JUIN 2024.**

Ce dossier est à retourner à : [sivosabc.periscolaire@outlook.fr](mailto:sivosabc.periscolaire@outlook.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, nous vous remercions d'indiquer dans ce tableau les jours et services sur lesquels votre enfant doit être inscrit. Pour la garderie, précisez le lieu de garderie.

JOUR	CANTINE	GARDERIE MATIN	GARDERIE SOIR
Lundi 02/09/2024			
Mardi 03/09/2024			
Jeudi 05/09/2024			
Vendredi 06/09/2024			
Lundi 09/09/2024			
Mardi 10/09/2024			

## ENGAGEMENT 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 2024/2025 » et m'engage à le respecter.

Signature de l'enfant :

Je soussigné(e) M. / Mme .....

responsable de l'enfant .....

- ✓ atteste sur l'honneur de 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](mailto: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  Année scolaire 2024 / 2025  
 Renouvellement  Ecole de :  Anisy  
 Colomby-Anguerny

Niveau scolaire à la rentrée 2024 / 2025 :  TPS  PS  MS  GS  
 CP  CE1  CE2  CM1  CM2

ENFANT	
IDENTITE	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	
REPRESENTANT LEGAL 1	REPRESENTANT LEGAL 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
<b>Partir seul</b> : 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>		
<b>Prise de photo</b> : 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.		
<b>Sport</b> : 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.		
<b>Hospitalisation</b> : 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 :

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Masculin  Féminin

REPRÉSENTANTS LÉGAUX			
REPRESENTANT LEGAL 1		REPRESENTANT LEGAL 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) ?			
DONNEES COMPLEMENTAIRES			
INFORMATIONS MEDICALES			
MEDECIN TRAITANT	TELEPHONE FIXE	TELEPHONE 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'allergies, 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 D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES

ANNÉE SCOLAIRE 2024 / 2025

ECOLE DE .....

Nom de l'enfant : ..... 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 PREVISIONNEL :**

- Pour un planning fixe : entourer les jours de présence

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

**OU**

- Pour un planning au mois : cocher la case

Cas particuliers :

- Repas sans porc
- Repas sans viande
- Plan d'Accueil Personnalisé (dossier 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 secrétariat du SIVOS Abc 48 heures avant (jours ouvrés) par mail à [sivosabc.periscolaire@outlook.fr](mailto:sivosabc.periscolaire@outlook.fr) ou par téléphone au 02.31.80.54.25.



**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 PREVISIONNEL :**

Cocher les jours de présence possible et indiquer le site de la garderie (Anisy, 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.

⇒ **FACTURATION :**

Pour les familles optant pour le forfait mensuel à la garderie : ce forfait vous engage, **que votre enfant soit présent ou non, il sera facturé.**

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

Réduction famille à appliquer

Indiquer les noms et prénoms des frères et sœurs :

Forfait occasionnel matin

Forfait occasionnel soir

**La réduction ne s'applique que si les 2 enfants utilisent un forfait mensuel pour la garderie.**

Tout dépassement de temps sera facturé 20 € par enfant.

**BUS**

⇒ **PLANNING PREVISIONNEL (sous réserve de validation par la Région) :**

Entourer les arrêts de montée et de descente, pour le matin et le soir :

Site	Communes	Matin	Soir
Prise de l'accompagnant bus	Basly	8h00	16h00
Place Poulbot	C-A*	8h05	16h08
Ecole élémentaire	C-A*	8h08 / 8h13	16h12 / 16h22
Arrêt Coursanne	C-A*	8h16	16h25
Ecole maternelle	Anisy	8h21 / 8h26	16h30 / 16h40
Arrêt Coursanne	C-A*	8h31	16h48
Ecole élémentaire	C-A*	8h34 / 8h39	16h55 / 17h05
Place Poulbot	C-A*	8h42	17h08
Ecole maternelle	Anisy	8h47	
Garderie	Basly		17h10

Cocher les jours d'utilisation du bus :

- Lundi  
 Mardi  
 Jeudi  
 Vendredi

En cours d'année, si vous devez utiliser un autre arrêt que celui indiqué dans votre abonnement, même occasionnellement, merci de le signaler par mail à : [nomad-car14@normandie.fr](mailto:nomad-car14@normandie.fr) et copie à [sivosabc.periscolaire@outlook.fr](mailto:sivosabc.periscolaire@outlook.fr)

**AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE**



Indiquer si vous souhaitez opter pour le prélèvement automatique :  Oui  Non

**MERCI DE BIEN VOULOIR NOUS FOURNIR UN RIB.**

En cochant cette case, j'atteste sur l'honneur être titulaire de l'autorité parentale et certifie exactes les informations portées par ce formulaire.

Date : .....

Signature Représentant 1 ou famille d'accueil

Signature Représentant 2