

## INSCRIPTION SCOLAIRE 2024/2025

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe :  masculin  féminin

1ère inscription en Petite Section en septembre 2024

Inscription en Cours Préparatoire en septembre 2024 si l'enfant était scolarisé en maternelle à Montlouis Sur Loire.

Nouvel arrivant : niveau scolaire en septembre 2024 :  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2

Ecole fréquentée année scolaire 2023-2024 (Nom et adresse) :

Niveau scolaire en 2023-2024 :

L'inscription fait - elle l'objet d'une demande de dérogation ?  Oui  Non

En cas de demande de dérogation, contacter directement le service scolaire : 02.47.45.85.82. La demande doit être motivée et sera étudiée en commission dérogation.

## INSCRIPTION AUX ACTIVITES

Cocher les cases correspondant à votre choix, se référer p.3 : « les informations à connaître et à conserver »

**RESTAURATION**  OUI  NON      PANIER REPAS (P.A.I.) :  OUI  NON

(Réservation des repas sur le portail famille à compter du 10 juillet 2024)

### ETUDE SURVEILLEE

**POUR LES ENFANTS EN ELEMENTAIRES UNIQUEMENT A PARTIR DU CE1**

Du 02 septembre 2024 au 20 juin 2025.

Etude	Lundis	Mardis	Jeudis	Vendredis
<b>Etude Surveillée</b> Horaires et fréquentations selon les écoles (cf p.3)				
Pour l'organisation des services de la MAIRIE, veuillez renseigner ci-dessous : <b>A la fin de l'étude surveillée, mon enfant :</b>				
<input type="checkbox"/> sera autorisé à quitter l'établissement		<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> accompagné (liste des personnes à renseigner p.2)		
<input type="checkbox"/> ira à l'accueil périscolaire ( <u>inscription obligatoire auprès de la communauté de communes</u> ).				

## AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE DE VOTRE OU VOS ENFANTS

J'autorise

Je n'autorise pas

**la publication d'images** (prises dans le cadre des différentes activités extra-scolaires) de mon (mes) enfant(s) dans la presse locale et nationale et sur les supports de communication de la Mairie (journal municipal, site Internet de la Ville, films, affiches, expositions...) durant la période de septembre 2024 à août 2025.

Fait à : ..... le ..... / ..... / .....

Signature(s) obligatoire(s)

## ASSURANCE

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

**Nom, numéro de contrat et adresse de la compagnie (OBLIGATOIRE)**

.....  
.....

**Je m'engage à couvrir mon (mes) enfant(s) par une assurance civile individuelle accident corporel de septembre 2024 à août 2025. L'attestation est à joindre à votre dossier via le portail famille.**

Fait à : ..... le ..... / ..... / .....

Signature(s) obligatoire(s)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :    M        F   

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

#### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polio				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

#### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES     oui     non  
MÉDICAMENTEUSES     oui     non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :     oui     non  
Précisez : .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser     oui     non

.....

#### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

#### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....