



VILLE DE SAINT FARGEAU PONTIERRY
FICHE D'INSCRIPTION SERVICE ENFANCE/EDUCATION
ANNEE SCOLAIRE 2012/2013

Ecrire en lettres MAJUSCULES S.V.P et au stylo noir



NOM et PRENOMS DE L'ENFANT :

Sexe féminin masculin Né(e) le :

Groupe Scolaire : maternelle élémentaire

Classe.....

Compagnie d'assurance :

Numéro de police :

VACCINATIONS (remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant)

| VACCINATION ANTITUBERCULEUSE : BCG | | TESTS TUBERCULINIQUES | |
|------------------------------------|---------|-----------------------|--------------------|
| DATES | METHODE | DATE | TESTS ET RESULTATS |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| VACCINATIONS ANTIPOLIOMYELITIQUE ANTIDIPHTERIQUE-ANTITETANIQUE ANTICOQUELUCHEUSE-ANTIHAEMOPHILUS ANTIHEPATITE B | | VACCINATIONS ANTIROUGEOLEUSE ANTIRUBEOLIQUE-ANTIOURLIENNE AUTRES VACCINATIONS | |
|--|---------------------|---|---------------------|
| DATES | VACCIN / DOSE / LOT | DATE | VACCIN / DOSE / LOT |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes (cocher les cases)

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | RHUMATISMES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

L'enfant a-t-il des allergies, si oui lesquelles (obligation de PAI).....

Nom du médecin traitant et adresse.....

Téléphone

OBSERVATIONS (ex: contre indication médicale, régime alimentaire etc...).....

NOM et PRENOMS DU PERE :

Adresse :.....
 Code Postal Ville
 Téléphone Domicile :..... Portable.....
 Email
 Adresse et N° de Sécurité Sociale
 Affilié au REGIME GENERAL ou AUTRE REGIME Précisez lequel
 Profession
 Nom de l'employeur Téléphone Professionnel :.....
 Adresse de l'employeur.....
 Code Postal Ville

PARTIE A REMPLIR DANS LE CAS DE FAMILLES RECOMPOSEES

En cas de jugement , merci de bien vouloir nous en fournir une copie

NOM et PRENOMS DE LA CONCUBINE:.....
 Adresse :.....
 Code Postal Ville
 Téléphone Domicile :..... Portable.....
 E.MAIL
 Adresse et N° de Sécurité Sociale
 Affilié au REGIME GENERAL ou AUTRE REGIME Précisez lequel
 Profession
 Nom de l'employeur Téléphone Professionnel :.....
 Adresse de l'employeur.....
 Code Postal Ville

COMPOSITION DE LA FAMILLE (ENFANTS)

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE | ECOLE FREQUENTEE |
|-----|--------|----------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Je soussigné
 Père, Mère, Tuteur, responsable légal de l'enfant
 Autorise en cas d'urgence le transport de mon enfant à
 L'hôpital de Ou la clinique

Signature précédée de la mention
 "lu et approuvé" rédigée à la main

NOM et PRENOMS DE LA MERE :

Adresse :.....
 Code Postal Ville
 Téléphone Domicile :..... Portable.....
 Email.....
 Adresse et N° de Sécurité Sociale
 Affilié au REGIME GENERAL ou AUTRE REGIME Précisez lequel
 Profession
 Nom de l'employeur Téléphone Professionnel :.....
 Adresse de l'employeur.....
 Code Postal Ville

PARTIE A REMPLIR DANS LE CAS DE FAMILLES RECOMPOSEES

En cas de jugement , merci de bien vouloir nous en fournir une copie

NOM et PRENOMS DU CONCUBIN:.....
 Adresse :.....
 Code Postal Ville
 Téléphone Domicile :..... Portable.....
 E.MAIL
 Adresse et N° de Sécurité Sociale
 Affilié au REGIME GENERAL ou AUTRE REGIME Précisez lequel
 Profession
 Nom de l'employeur Téléphone Professionnel :.....
 Adresse de l'employeur.....
 Code Postal Ville

PERSONNE(S) A JOINDRE EN CAS D'URGENCE EN DEHORS DES PARENTS

| NOM | PRENOM | ADRESSE | TEL. DOMICILE | TEL. TRAVAIL |
|-----|--------|---------|---------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PERSONNE(S) AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES PARENTS

| NOM | PRENOM | ADRESSE | TEL. DOMICILE | TEL. TRAVAIL |
|-----|--------|---------|---------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

SEULES LES PERSONNES NOTEES SUR CETTE FICHE SERONT AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT.....

ECOLE.....

CLASSE.....

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

Je désire que mon enfant prenne ses repas: Cocher la ou les case(s) choisie(s)

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

A COMPTER DU :

signature(s) du ou des responsable(s)

INSCRIPTION ETUDE SURVEILLEE

Je désire inscrire mon enfant à l'étude surveillée Cocher la ou les case(s) choisie(s)

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

A COMPTER DU :

L'inscription à l'étude vaut obligation de présence. Les absences doivent être justifiées par un écrit auprès de l'enseignant.

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul non oui

En cas de retard à 18h votre enfant sera automatiquement redirigé vers l'accueil périscolaire. Cette prise en charge sera facturée selon les tarifs en vigueur.

signature(s) du ou des responsable(s)

INSCRIPTION ACCUEILS PERISCOLAIRES

Je désire inscrire mon enfant à l'accueil de son école Cocher la ou les case(s) choisie(s)

| | MATIN | SOIR |
|----------|-------|------|
| LUNDI | | |
| MARDI | | |
| JEUDI | | |
| VENDREDI | | |

A COMPTER DU :

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul non oui

signature(s) du ou des responsable(s)

INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS ELEMENTAIRE (6 - 11 ans)

Je désire inscrire mon enfant au centre de loisirs Christophe BECQUET

L'enfant est-il autorisé à rentrer seul non Si oui à quelle heure ?

signature(s) du ou des responsable(s)

PARTIE RESERVEE A LA MAIRIE

INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS
INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE OU ETUDE.....
INSCRIPTION CANTINE.....

INSCRIPTION SCOLAIRE

DOCUMENTS NECESSAIRES

- LIVRET DE FAMILLE
- CARNET DE SANTE
- JUSTIFICATIF DE DOMICILE (quittance de loyer, facture EDF...)
- PHOTO D'IDENTITE DE L'ENFANT
- AVIS IMPOSITION 2011 (revenus 2010)
- CERTIFICAT DE RADIATION si l'enfant a déjà été scolarisé
- JUGEMENT DE DIVORCE en cas de séparation des parents

Document remis par :

Compte tenu du temps nécessaire à l'élaboration du dossier, veuillez vous présenter au plus tard 30 minutes avant la fermeture de l'accueil du service Enfance-Education

Hôtel de Ville
Service Enfance-Education
75, avenue de Fontainebleau
77310 SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY
Tel/Fax : 01 60 65 85 20

Horaires d'ouverture :
Lundi, mercredi et jeudi : 8H30 – 12H00 et 14H00 – 17H30
Mardi : 14H00 – 17H30
Vendredi : 8H30 – 12H00 et 14H00 – 17H00
Le 3^{ème} samedi du mois et tous les samedis de juin,
Septembre et octobre : 9H30 – 12H00