



ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

INSCRIPTION ÉCOLE / PÉRISCOLAIRE

Service affaires scolaires, enfance et jeunesse
Place Auguste Rouyer
16600 Ruelle sur Touvre
Tél. 05.45.65.62.95

Cadre réservé à l'administration

Dossier arrivé au service le :

ÉCOLE SOUHAITÉE et/ou FREQUENTÉE

École maternelle du Centre

École Élémentaire Robert
Doisneau

École Maternelle Chantefleurs

École Élémentaire Jean Moulin

Niveau scolaire : _____

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

Garderie du matin

Pause méridienne (pour les enfants inscrits aux Restaurants Scolaires)

Garderie du soir

VOTRE ENFANT

Identité :

Nom et prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date et lieu de naissance : _____

Adresse où vit votre enfant : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Garde alternée : oui non

Scolarité antérieure :

Nom de la dernière école fréquentée : _____

Maternelle Élémentaire Niveau : _____ Ville : _____

LA FAMILLE

Responsable légal.e 1 : Mère Père Autre (rayer mention inutile)

Nom marital _____ Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Situation familiale : Célibataire Mari.é.e Concubinage Pacsé.e Divorc.é.e Sépar.é.e Veuf.ve (rayer mention inutile)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Téléphone professionnel : _____

Responsable légal.e 2 : Mère Père Autre (rayer mention inutile)

Nom marital _____ Nom naissance : _____

Prénom : _____

Situation familiale : Célibataire Mari.é.e Concubinage Pacsé.e Divorc.é.e Sépar.é.e Veuf.ve (rayer mention inutile)

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Téléphone professionnel : _____

AUTRES ENFANTS A CHARGE

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ECOLE FREQUENTEE

Observations :

.....
.....
.....

PERSONNE A FACTURER

Nom : Prénom :

.....

N° Allocataire CAF ou MSA :

Quotient Familial :

Fournir un justificatif de quotient familial d'Allocataire, si non allocataire, fournir votre dernier avis d'imposition.

ASSURANCE (Responsabilité Civile) :

Nom : N° de Police :

AUTORISATION DE SORTIE (autre que les parents ou responsables légaux) :

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Nom, prénom, Téléphone, Lien avec l'enfant :

.....

Conformément aux dispositions prévues par le Règlement Européen sur la Protection des Données personnelles (Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016) et la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles), les informations recueillies dans ce formulaire sont collectées et conservées par la Direction de l'Enfance de la commune d'Angoulême, dans une finalité de gestion de la constitution de votre dossier d'inscription. La base légale du traitement est la mission d'intérêt public. L'Agence Technique Départementale de la Charente agit en tant que Déléguée à la Protection des Données (dpo@atd16.fr) de la commune d'Angoulême. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants: l'Education Nationale, la Direction Générale des Finances Publiques. Ces données seront utilisées dans les cas suivants :

- prise de contact (téléphone, SMS, mail);
- différents sujets en lien avec l'inscription;
- à des fins statistiques.

Les données sont conservées jusqu'à la fin de la scolarisation de votre (vos) enfant(s).

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Je soussigné.e,

-
- certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d'inscription et m'engage à les réactualiser si nécessaire,
 - m'engage (nous nous engageons) à signaler par écrit au Service Accueil et relations aux familles et à l'école tout changement de situation, y compris d'adresse.
 - autorise le ou la responsable de la Commune de RUELLE S/ TOUVRE à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgences médicales concernant mon enfant,
 - décharge la Commune de RUELLE S/ TOUVRE de toute responsabilité en cas d'accident ou de vol qui pourrait survenir avant ou après la prise en charge effective des enfants,
 - m'engage à fournir une fiche sanitaire (renseignements médicaux) par enfant, valable 1 année,
 - autorise la Commune de RUELLE S/ TOUVRE à transporter mon enfant durant les temps d'accueils pour le déroulement des activités,
 - autorise le personnel à prendre mon enfant en photo et/ou vidéo pour les usages suivants :
 - Expositions internes oui / non
 - Articles dans la presse locale ou bulletins municipaux oui / non
 - Site internet et réseaux sociaux des Communes oui / non
 (entourer la mention choisie et barrer la mention refusée)

A, le

Signature des deux parents :

Responsable 1

Responsable 2

Avis de la commission scolaire 2022-2023

INSCRIPTION FAVORABLE	
<input type="checkbox"/> Ecole maternelle du Centre	<input type="checkbox"/> Ecole Elémentaire Robert Doisneau
<input type="checkbox"/> Ecole Maternelle Chantefleurs	<input type="checkbox"/> Ecole Elémentaire Jean Moulin

PIECES A FOURNIR POUR CONSTITUER VOTRE DOSSIER :

- Copie du ou des livret(s) de famille (père, mère ainsi que tous les enfants),
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois (facture EDF, GDF, eau, téléphone portable...), en cas de garde alternée, joindre les 2 justificatifs
- Ordonnance de jugement en cas de garde alternée des enfants
- Certificat de radiation (pour une demande d'inscription en cours d'année scolaire)
- Copie des pages de vaccinations du carnet de santé (avec nom et prénom de l'enfant)
- Attestation d'assurance scolaire 2022-2023

LES DOSSIERS COMPLETS DOIVENT ETRE RAPPORTES IMPERATIVEMENT AU :

Service Affaires Scolaires

du Lundi 28 Février au Vendredi 18 mars 2022 inclus

le Lundi, Mardi, Jeudi de 13h30 à 17h15

le vendredi 13h30 à 16h30

Sans Rendez-vous

Pour tous renseignements relatifs aux inscriptions scolaires, vous pouvez prendre contact avec le service affaires scolaires [au 06.71.63.13.16](tel:06.71.63.13.16)

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

DOSSIER A RETOURNER AVANT LE 18 MARS 2022

SEUL LE CERTIFICAT D'INSCRIPTION SCOLAIRE, TRANSMIS PAR COURRIER, VALIDERA DÉFINITIVEMENT L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT À L'ÉCOLE.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Accueils périscolaires - Année 2022 – 2023

VILLE de RUELLE S/ TOUVRE

ENFANT

NOM : Date de Naissance : / /

PRENOM : Garçon Fille

PERSONNES A CONTACTER

AUTRES QUE LES PARENTS EN CAS D'URGENCE

Nom et prénom : Tél. : Lien avec l'enfant :

Nom et prénom : Tél. : Lien avec l'enfant :

Médecin traitant : Nom et prénom : Tél :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Vaccins :

Tout enfant accueilli à l'école doit répondre aux obligations vaccinales fixées par le Code de l'Action Sociale et Familiale. L'unique obligation porte sur la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite.

Votre enfant est-il à jour de ce vaccin : oui non (joindre une copie du carnet de santé)

SANTE DE L'ENFANT

- ASTHME : oui non

Si oui, cet asthme nécessite-t-il un traitement d'urgence comme la Ventoline, dans ce cas, joindre une ordonnance de moins d'un mois et le médicament dans son emballage d'origine avec la notice correspondante.

- ALLERGIE ALIMENTAIRE : oui non si oui, précisez :

Ces réactions sont-elles : respiratoires cutanées autres

- ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : oui non si oui, précisez :

Ces réactions sont-elles : respiratoires cutanées autres

- AUTRES ALLERGIES : oui non si oui, précisez :

Ces réactions sont-elles : respiratoires cutanées autres

- PATHOLOGIES : qui nécessitent un traitement ou des gestes d'urgence (Hémophilie, épilepsie, diabète, hyperactivité ...)

oui non si oui, précisez :

Ces allergies, asthme et /ou pathologie nécessitent-ils la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé :

oui non

P.A.I. ALIMENTAIRE

P.A.I. SANTE

P.A.I. ASTHME

Si réponse positive : se rapprocher de le/la directeur.trice pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

sans viande oui non

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

REGIME ALIMENTAIRE : sans porc (menu de substitution) oui non

autre oui non

Si oui, précisez

PORT DE LUNETTES OU LENTILLES oui non

Si oui, permanent occasionnel (écrans, lecture)

APPAREIL AUDITIF oui non si oui, lequel

APPAREIL DENTAIRE oui non

Votre enfant est-il suivi par : un orthophoniste oui non

un pédopsychiatre oui non

ASSURANCES

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Compagnie N°

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

Je soussigné.e.

Téléphone fixe : Téléphone portable :

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de la Collectivité en charge de mon enfant, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par son état de santé (traitements médicaux, hospitalisation, transfusion).

Signature du père, de la mère ou du représentant légal