

**ANNÉE SCOLAIRE 2023-2024**

INSCRIPTION ÉCOLE

 PÉRISCOLAIRE

**Service affaires scolaires, enfance et jeunesse**

* **Cadre réservé à l’administration**

Dossier arrivé au service le :

**Place Auguste Rouyer**

**16600 Ruelle sur Touvre**

**Tél. 05.45.65.62.95**

|  |  |
| --- | --- |
| ECOLE SOUHAITEE et/ou FREQUENTEE | |
| Ecole maternelle du Centre | Ecole Elémentaire Robert Doisneau |
| Ecole Maternelle Chantefleurs | Ecole Elémentaire Jean Moulin |

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ACCUEIL PERISCOLAIRE |
| 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 Elémentaire Niveau : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LA FAMILLE**

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

Nom marital\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 2023-2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **INSCRIPTION FAVORABLE** | |
| Ecole maternelle du Centre | Ecole Elémentaire Robert Doisneau |
| Ecole Maternelle Chantefleurs | Ecole Elémentaire Jean Moulin |

 **FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

**Accueils périscolaires - Année 2023 – 2024**

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 n □

▶ 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**

**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
* Dernière notification CAF ou MSA justifiant votre Quotient Familial
* 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 2023-2024

**LES DOSSSIERS COMPLETS DOIVENT ETRE RAPPORTES IMPERATIVEMENT AU** :

**Service Affaires Scolaires**

* **du Lundi 27 Février au Mardi 28 Février 2023 inclus :**

**de 15h30 à 18h30**

* **du Jeudi 2 Mars au Vendredi 10 Mars 2023 inclus :**

**le Lundi, Mardi, Jeudi, Vendredi de 14h00 à 18h00**

**Sans Rendez-vous**

Pour tous renseignements relatifs aux inscriptions scolaires, vous pouvez prendre contact avec le service affaires scolaires au 05.45.65.89.36

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE**

**DOSSIER A RETOURNER AVANT LE 10 MARS 2023**

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