

FICHE D'INSCRIPTION



ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : F M
Lieu de Naissance : _____

VIE SCOLAIRE

Mon enfant est déjà scolarisé : Oui Non* *Un agent du service instructeur vous contactera pour procéder à l'inscription de votre enfant.

École (en sept. 2020): _____ Classe (en sept. 2020) : _____

VIE PÉRISCOLAIRE

Les dispositifs périscolaires ne sont pas déployés dans toutes les écoles (cf. dossier d'inscription)

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI	À COMPTER DU
ACCUEIL DU MATIN * service payant					
RESTAURATION SCOLAIRE * Service payant Observation **: _____					
ACCUEIL DU SOIR * service payant					
PÉRISCOLAIRE * Activités Périscolaires uniquement réservées aux classes élémentaires (CP > CM2)					14 septembre 2020

* Non-respect des horaires ou après 3 absences injustifiées : Exclusion de l'enfant.

** Fournir un P.A.I.

OBSERVATIONS OU REMARQUES ÉVENTUELLES

exemple : mon enfant mangera à la cantine 1 semaine sur deux,
mon enfant ne restera à la garderie que les semaines paires...



MODALITÉS DE SORTIE APRÈS LES TEMPS PÉRISCOLAIRES

	APRÈS LES ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES**	APRÈS L'ACCUEIL DU SOIR
J'autorise mon enfant à quitter l'école seul(e)		
Mon enfant restera en accueil du soir		
Mon enfant reprendra le car (uniquement pour Jules Verne / Vitry-le-François)		
Mon enfant repartira accompagné d'un responsable légal d'une autre personne*		

* Si une personne supplémentaire est désignée durant l'année pour reprendre votre enfant, merci d'en informer le personnel encadrant par un document écrit, daté et signé.

** Les dispositifs périscolaires ne sont pas déployés dans toutes les écoles de la CCVCD (cf. dossier d'inscription).

AUTRES PERSONNES AUTORISÉES

	PERSONNE #1	PERSONNE #2	PERSONNE #3
NOM D'USAGE			
PRÉNOM			
LIEN DE PARENTÉ			
TÉLÉPHONE			

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Médecin traitant :

Allergie(s) alimentaire(s) : Non Oui* précisez :

Allergie(s) médicamenteuse(s) : Non Oui* précisez :

Allergie(s) autre(s) : Non Oui* précisez :

Contre-indication médicale : Non Oui* précisez :

Observations :

* fournir un PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (P.A.I.)

J'autorise les encadrants à donner à mon enfant, en cas d'urgence, tous soins nécessités par son état et à le transporter dans un véhicule de secours, jusqu'au service d'urgence le plus proche.

DROIT À L'IMAGE

J'autorise

Je n'autorise pas

la Communauté de Communes Vitry, Champagne et Der à prendre mon enfant en photo et à publier ces photos sur les publications institutionnelles, le site internet et sur tous les supports ou outils de communication pour l'année 2020-2021.

Cadre réservé à l'administration :