DOSSIER ECOLE

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

VOTRE ENFANT EST NE EN 2022 :

- Justificatif de domicile sur la commune de TRIZAY
- Livret de famille
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance scolaire (responsabilité civile et individuelle corporelle)

NOUVEAUX ARRIVANTS : VOTRE ENFANT A DEJA ETE SCOLARISE :

- Justificatif de domicile sur la commune de TRIZAY
- Livret de famille
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance scolaire (responsabilité civile et individuelle corporelle)
- Certificat de radiation de l'école d'origine

MERCI DE REMPLIR TOUTES LES FICHES DE CE DOSSIER.

DOSSIER A RAPPORTER EN MAIRIE

Avant le 30 avril 2025

ECOLE Commune : TRIZAY

FICHE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE SCOLAIRE
Année scolaire 20 / 20

ELEVE

NOM : _____ Prénom(s) : _____ / _____ / _____ Sexe : M ☐ F ☐

Né(e) le : .... / .... / ..... Lieu de naissance (pays : _____ département : _____ commune _____)

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____ Date d'inscription : _____

Scolarité demandée : Toute petite section ☐ Petite section ☐ Moyenne section ☐ Grande section ☐
CP ☐ CE1 ☐ CE2 ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ CLIS ☐

RESPONSABLES LÉGAUX*

Mère NOM de jeune fille : _____ Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM marital (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Situation familiale (1) : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____@_____

Père Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
(si différente de celle de l'élève)

Code postal : _____ Commune : _____

Situation familiale (1) : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Numéro de poste : _____

Courriel : _____@_____

Autre responsable légal* (personne physique ou morale)

_____ Autorité parentale : Oui ☐ Non ☐

Organisme : _____ Personne référente : _____

Fonction : _____ Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Courriel : _____@_____

INFORMATIONS PERISCOLAIRES

Garderie matin : Oui ☐ Non ☐ Garderie soir : Oui ☐ Non ☐

Étude surveillée : Oui ☐ Non ☐ Restaurant scolaire même occasionnel: Oui ☐ Non ☐

Déplacement domicile - école :
Transport scolaire : Oui ☐ Non ☐ Seul(e) : Oui ☐ Non ☐ Accompagné(e) : Oui ☐ Non ☐

(1) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)
(2) * Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour :
- La transmission des résultats scolaires (circulaire n°94-149 du 13/04/1994)
- Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez la mairie.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

École : les marronniers,17250 TRIZAY

ÉLÈVE (né le : / /)

NOM :	Prénom :
Adresse :	N° de téléphone domicile :
Compagnie assurance :	n°police

PORT DE LUNETTES OU APPAREIL AUDITIF (entourer svp)

ALLERGIES A SIGNALER :

PARENTS

Père :NOM (d'usage)_____ Prénom :_____ Profession :_____

Tel professionnel:_____

Adresse si différente de l'enfant : portable:_____ courriel :_____

Mère : NOM (d'usage)_____ Prénom :_____ Profession :_____

Tel professionnel:_____

Adresse si différente de l'enfant : portable:_____ courriel :_____

FRERE(S) ET (OU) SŒUR(S)

NOM :	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

PERSONNES A JOINDRE ENCAS DE BESOIN

nom	Liens (parents, grands-parents, assistante maternelle, ...)	Numéro de téléphone et adresse

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT si différentes des précédentes

nom	Liens (parents, grands-parents, assistante maternelle, ...)	Numéro de téléphone et adresse

AUTORISATION

Mère :	Autorisez-vous l'école à utiliser les dessins et écrits de votre enfant dans le cadre des activités pédagogiques ? OUI ☐	NON ☐
	Autorisez-vous l'école à utiliser l'image de votre enfant (photos, film...)dans le cadre des activités pédagogiques? OUI ☐	NON ☐
Père :	Autorisez-vous l'école à utiliser les dessins et écrits de votre enfant dans le cadre des activités pédagogiques? OUI ☐	NON ☐
	Autorisez-vous l'école à utiliser l'image de votre enfant (photos, film...)dans le cadre des activités pédagogiques)? OUI ☐	NON ☐

Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : **Signature de la mère :** **Signature du père:**

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez l'école.

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

Merci de remplir entièrement ce document, qui est à la disposition des personnels encadrant votre enfant : en cas d'urgence, il nous est nécessaire de trouver les renseignements rapidement.

Nom : ..... Date de naissance .....

Prénom .....

Nom des Parents ou du Représentant légal :

.....

adresse .....

N° de téléphone du domicile .....

Numéro de sécurité sociale auquel l'enfant est rattaché:

.....

Adresse du centre de sécurité sociale .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en remplissant les renseignements suivants :

1. N° de travail du Père : ..... Poste .....
2. N° de travail de la Mère : ..... Poste .....
3. Nom , lien avec l'enfant (grands-parents, oncle , tante,assistante maternelle) , et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

   .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. ***Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné par sa famille.***

Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** : .....

(*Pour être efficace, cette vaccination* ***nécessite un rappel tous les 5 ans)***

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) ,

.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(prendre rendez-vous et remettre au directeur sous enveloppe, à l'attention du médecin scolaire)

Fiche à compléter si votre enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

NOM :..... PRENOM :.....

ADRESSE : .....

TEL : .....

Maladie dont souffre votre enfant :.....

Traitement :.....

Médecin prescripteur :.....

Observations :
.....
.....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé (PAI) conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal Date Signature