

Date de dépôt : Dossier accepté : oui non Dossier traité le :

Si dossier refusé, motif :



DOSSIER D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2024 – 2025

Garderie périscolaire – Restauration

Dossier à retourner impérativement pour le vendredi 17 mai 2024

En Mairie – Service scolaire

☞ Passé ce délai, le dossier sera placé sur liste d'attente

Pour tous renseignements : scolaire@ville-dombasle.fr ou 03 83 18 34 37**Pièces à fournir :**

- Justificatifs du ou des employeurs de moins de 3 mois (attestation de l'employeur ou bulletin de salaire)
- Photocopie des vaccins à jour
- Attestation d'assurance responsabilité civile et dommages corporels de l'enfant 2024/2025 au plus tard le 20/09/24
- Copie du jugement du tribunal en cas de séparation ou de divorce
- Si Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.), joindre la photocopie du protocole

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

NOM de l'enfant :

F M

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

École fréquentée à la rentrée 2024 :

Classe :

	lundi	mardi	jeudi	vendredi	Atypique	A compter du
<input type="checkbox"/> Garderie du Matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Restauration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Garderie du Soir Jusqu'à 18h00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jusqu'à 18h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Pour toutes formes d'allergies, situation de handicap ou problématique médicale nécessitant un accueil spécifique de l'enfant, sur présentation d'un certificat médical, la mise en place d'un PAI est obligatoire. Contacter la Directrice de l'école.

Médecin traitant : ☎ :

Allergie(s) alimentaire(s) :

non

Allergie(s) médicamenteuse(s) :

non

Allergie(s) autre(s) :

non

Contre-indication médicale :

non Repas sans porc :

Observations :

 J'autorise que mon enfant soit orienté vers un centre hospitalier en cas d'urgence. CHRU Brabois – enfants Autre, lequel :

SITUATION DU FOYER

Responsable de l'enfant		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Nom d'usage :	
Prénom :	
Adresse :	N° et rue :		
	CP et Ville :		
Domicile :			
Mobile :			
Courriel :			
N° Allocataire CAF			
Employeur	Nom :		
	CP et Ville :		

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Le redevable pour la facturation

Cantine : Père Mère Autres (Précisez Nom et adresse du tiers)

.....

Garderie : Père Mère Autres (Précisez Nom et adresse du tiers)

.....

En cas de garde alternée cantine semaines paires Père Mère
 cantine semaines impaires Père Mère
 garderie semaines paires Père Mère
 garderie semaines impaires Père Mère

☛ Pour les couples séparés et en cas de facturation alternée, il est impératif de remplir un dossier séparé

CONTACTS AUTORISÉS AUTRES QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX

Contact 1	Nom Prénom :	Filiation :
	Adresse complète :	
	Domicile :	Mobile :
Contact 2	Nom Prénom :	Filiation :
	Adresse complète :	
	Domicile :	Mobile :

DROIT A L'IMAGE

J'autorise Je n'autorise pas

La municipalité à prendre mon enfant en photo et à publier ces photos dans le bulletin municipal de la ville.

J'autorise Je n'autorise pas

La municipalité à prendre mon enfant en photo, en vidéo et à publier ces images sur le site internet et les réseaux sociaux de la ville.

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des renseignements portés sur le présent dossier d'inscription, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur en vigueur et déclare en accepter les modalités.

Fait à Le : Signature (s) :