

DOSSIER D'INSCRIPTION ANNÉE SCOLAIRE 2010 / 2011

- Restauration scolaire
- Accueil périscolaire



LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Lors du dépôt de votre dossier,
munissez-vous impérativement des documents suivants
(un dossier incomplet ne sera pas pris en compte) :

- ↪ Ce dossier.
- ↪ Livret(s) de famille.
- ↪ **Photocopie** du jugement de divorce, le cas échéant.
- ↪ « Liste des personnes autorisées à venir rechercher les enfants en l'absence des parents » complétée.
- ↪ Numéro de sécurité sociale auquel est(sont) rattaché(s) le (ou les) enfant(s).
- ↪ « Fiche Sanitaire de Liaison » complétée, ou **photocopie** des pages du carnet de santé consacrées aux vaccinations, ou **photocopie** du certificat des vaccinations.
- ↪ Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) si enfant présentant une allergie alimentaire nécessitant un accueil adapté.
- ↪ Justificatif de domicile de moins de 3 mois ou pour les personnes n'habitant pas MONTBELIARD : tout document justifiant d'un lien fiscal avec la Ville de MONTBELIARD (taxe d'habitation, taxe professionnelle...)
- ↪ **Photocopie** de la dernière fiche de paye ou attestation d'emploi ou de formation pour chacun des parents ou conjoints.
- ↪ Avis d'imposition **2008**.
Les personnes vivant en union libre devront, en plus de leur propre avis d'imposition, apporter celui de leur concubin(e).
Les personnes dont la situation financière s'est fortement dégradée depuis 2009 (perte d'emploi...) doivent se munir d'une pièce justifiant de leurs revenus actuels.
- ↪ Dernière attestation de notification de droits établie par la Caisse d'Allocations Familiales (disponible sur le site Internet de la CAF).
- ↪ Pour les enfants accueillis en CLIS : **photocopie** de la notification de la M.D.P.H.

Important :

- Il n'est pas possible de faire une pré-inscription.
- **Aucune photocopie** ne sera délivrée par le service.
- Les inscriptions se font **dans la limite des places disponibles**, en fonction des critères d'accès définis (les contribuables de Montbéliard exerçant une activité professionnelle sont prioritaires) et, dans le cas des réinscriptions, sous réserve de s'être acquitté de la totalité des factures de restauration scolaire et d'accueil périscolaire de l'année précédente.

Le dossier est à remettre (pas d'envoi par la Poste) :

À la mairie de Montbéliard - Pôle Affaires Scolaires
Centre des Alliés (à côté de la gare) – 1^{er} étage à droite
du lundi au vendredi - de 10 h à 12 h et de 14 h à 17 h 30

Tél : 03.81.99.22.54 ou 03.81.99.22.76 ou 03.81.99.22.06 ou 03.81.99.21.91 ou 03.81.99.24.14

FICHE D'INSCRIPTION / DE RÉINSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE ET / OU ACCUEIL PÉRISCOLAIRE ANNÉE SCOLAIRE 2010 / 2011

RÉINSCRIPTION NOUVELLE INSCRIPTION




RESTAURATION SCOLAIRE :

 maternelle élémentaire

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

 maternel élémentaire

FAMILLE

Responsables légaux	PÈRE	MÈRE	CONJOINT(E) du parent chez lequel réside l'enfant SI famille recomposée
NOM	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Situation de famille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
 domicile	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
 portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
 professionnel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom de l'employeur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENFANT

NOM : Prénom : Date de naissance : Sexe : F MÉcole fréquentée : Nom de l'enseignant :
 Classe : TPS PS MS
 CE1 CE2 CM1

 GS CP
 CM2 CLIS Classe externalisée

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Caisse de : N° allocataire : Montant des prestations perçues :

SÉCURITÉ SOCIALE

N° auquel est rattaché l'enfant :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION - FRÉQUENTATION

Date à laquelle l'enfant commencera à fréquenter le service :

Restauration scolaire

Accueil périscolaire

.....

.....

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION - FRÉQUENTATION ÉLÉMENTAIRE

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Semaines paires	Semaines impaires
Restauration scolaire						
Accueil matin, de 7 h 30 à l'entrée en classe ¹						
Périscolaire de la sortie de classe à 17 h 45						
Périscolaire de la sortie de classe à 18 h 30						

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION - FRÉQUENTATION MATERNELLE

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Semaines paires	Semaines impaires
Restauration scolaire ²						
Accueil matin, de 7 h 30 à l'entrée en classe ³						
Accueil après-midi, de la sortie de classe à 18 h 30 ⁴						

RESTAURATION SCOLAIRE

L'enfant mange-t-il du porc ?

Non

Oui

L'enfant est-il allergique à un aliment ?

Non

Oui (fournir un certificat médical),

Si oui, lequel ?

Mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

Oui

Non

ACCUEIL PÉRISCOLAIRE ÉLÉMENTAIRE

Je souhaite que mon enfant :

- puisse faire ses leçons de 17 h à 17 h 45 :

Oui

Non

- rentre seul après l'accueil périscolaire :

Oui

Non

ACCIDENT

En cas d'accident, votre enfant sera transporté au Centre Hospitalier de Montbéliard sauf indication contraire :

DROIT À L'IMAGE

La Ville de Montbéliard se réserve le droit de tourner des images (vidéos et photos) sur lesquelles mon (mes) enfant(s) pourrai(en)t figurer, ceci dans le strict cadre d'un usage non commercial.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement de l'accueil et m'engage à le respecter.

Fait à le

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 06/01/78, les personnes physiques sont informées qu'elles disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant. Celui-ci peut s'exercer sur simple demande auprès de l'administration communale.

¹ Élémentaire Citadelle uniquement

² Pour les écoles concernées (contacter le pôle Affaires scolaires pour obtenir la liste des écoles desservies)

³ Maternelles Mont-Chevis et Citadelle

⁴ Pour les écoles concernées ((contacter le pôle Affaires scolaires pour obtenir la liste des écoles desservies)

LISTE DES PERSONNES AUTORISÉES À VENIR RECHERCHER L'ENFANT EN L'ABSENCE DES PARENTS

Ainsi que le prévoient le règlement de la restauration et de l'accueil périscolaire maternels et élémentaires et le contrat local d'accompagnement scolaire, doivent figurer sur la présente fiche les noms, prénoms, qualités et coordonnées des personnes autorisées à venir, le cas échéant, rechercher l'enfant en cas d'absence des parents.

	Nom	Prénom	Qualité (oncle, grands-parents, etc...)	Adresse	Téléphone
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

Je soussigné(e), M./Mme , responsable légal de l'enfant
 école , autorise les personnes dont les noms et coordonnées apparaissent dans le tableau ci-dessus à
 venir rechercher mon enfant à la restauration scolaire, à l'accueil périscolaire ou au CLAS.
 Sauf indication contraire transmise par écrit, cette autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire 2010 / 2011.

Fait à le

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, **joindre un certificat médical de contre-indication**

ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A T'IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATINE	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **en précisant les dates et les précautions à prendre.**

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE T'IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...

Précisez

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

Je soussigné , responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

**À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
