

DOSSIER D'INSCRIPTION DANS LES ECOLES PUBLIQUES DE CHATEL GUYON

SUR RENDEZ-VOUS

Vous pouvez retirer le dossier d'inscription :

- Sur le site internet de la ville de Châtel-Guyon :
<https://www.chatel-guyon.fr/vivre-a-chatel-guyon/enfance-et-famille/inscriptions-ecole-maternelle/>
- À la Mairie de Châtel-Guyon

PIECES A FOURNIR :

- Dossier d'inscription
- Justificatif de domicile
- Livret de famille
- Carnet de vaccinations
- Attestation CAF ou Attestation MSA ou dernier avis d'imposition sur le revenu de 2021
- Jugement de divorce ou de séparation (Si séparation des parents)
- RIB
- Coupon d'autorisation de prélèvement rempli signé (si prélèvement souhaité)

RENSEIGNEMENTS ET PRISE DE RENDEZ-VOUS :

Pôle Enfance, Education, Jeunesse

Téléphone : 04 73 86 38 99

Mail : jeunesse@chatel-guyon.fr

Une visite virtuelle est disponible ici : <https://www.chatel-guyon.fr/vivre-a-chatel-guyon/enfance-et-famille/les-ecoles/>

FICHE D'INSCRIPTION

ENFANT	
Identité	Photo (*)
Nom :	
Prénom :	
Sexe :	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE
Assureur :
Numéro de contrat :

RESPONSABLES LEGAUX	
Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Lieu de naissance :	Lieu de naissance :
Type : Père / Mère / Autre (Précisez)	Type : Père / Mère / Autre (Précisez)
Adresse :	Adresse :
Email :	Email :
Tél fixe :	Tél fixe :
Tél portable :	Tél portable :
Tél. Pro. :	Tél. Pro. :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	
Autorisations	Réponse
Partir seul : Si vous souhaitez que votre enfant quitte seul, ou accompagné d'un mineur, la structure, une autorisation parentale dûment datée et signée est obligatoire (A joindre avec cette fiche).	OUI / NON
Prise de photo : Nous donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image de notre enfant, à titre gratuit, dans le cadre de reportages, d'articles portant sur les animations réalisées dans les différentes structures.	OUI / NON
Sport : Nous autorisons notre enfant à participer aux activités sportives mises en place au sein de la structure.	OUI / NON
Hospitalisation : Nous autorisons le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes les mesures avec l'accord préalable des parents (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant	OUI / NON
Appareillage	Réponse
Lunettes : Votre enfant a-t-il besoin de porter des lunettes ?	OUI / NON
Appareil dentaire : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil dentaire ?	OUI / NON
Appareil auditif : Votre enfant a-t-il besoin de porter un appareil auditif ?	OUI / NON
Handicap	Réponse
Handicapé : Votre enfant a-t-il une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ? Votre enfant a-t-il une aide Aeeh de la caf Si oui fournir l'attestation CAF	OUI / NON OUI / NON

Information médicale et Pratique alimentaire		Réponse
SANS PORC		OUI / NON
PAI		OUI / NON
Allergies		Pratiques alimentaires

INSCRIPTIONS AUX ACTIVITES	
RESTAURATION SCOLAIRE	OUI / NON
ACCUEIL MATIN	OUI / NON
ACCUEIL SOIR	OUI / NON
ACCUEIL DE LOISIRS MERCREDI	OUI / NON
ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES SCOLAIRES	OUI / NON

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

Merci de fournir la photocopie des documents à jour suivants :

- JUSTIFICATIF DE DOMICILE**
- LIVRET DE FAMILLE**
- COPIE DU CARNET DE VACCINATION**
- ATTESTATION CAF ou ATTESTATION MSA sinon avis d'imposition sur le revenu 2023**
- JUGEMENT DE DIVORCE OU JUSTIFICATIF DE SEPARATION (Si séparation des parents)**
- PAI**
- CERTIFICAT DE RADIATION (Si l'enfant est déjà scolarisé)**
- RIB + COUPON D'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT REMPLI (si prélèvement souhaité)**

ATTESTATION

Nous soussignés (*)

Responsables légaux de l'enfant (*)

- Nous engageons à communiquer dans les meilleurs délais toutes modifications concernant cette fiche.
- Certifions que notre enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et avoir pris connaissance de l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance des personnes couvrant les dommages corporels.
- Attestons être titulaire de l'autorité parentale et certifions sur l'honneur les renseignements portés sur ce formulaire.
- Autorisons le responsable de la structure, en cas d'incident impliquant notre enfant, à communiquer nos coordonnées ainsi que les références de notre assurance, au tiers lésé sur sa demande.

Autorisons à communiquer nos données personnelles (Adresse postale ou mail)	OUI / NON
--	-----------

Responsable 1 (*)		Responsable 2	
Fait à :		Fait à :	
Date :		Date :	
Signature :		Signature :	

*** A remplir obligatoirement**

Coupon autorisation prélèvement automatique

M. ou/et Mme

Adresse :

Enfant(s) :

Souhaite mettre en place le prélèvement automatique pour le paiement de nos factures
à partir de septembre 2025.

Date :

Signature :

PS : joindre un RIB