



SERVICES SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION (DUI) SERVICES SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE – LE CHÂTEAU D'OLÉRON Année 2019-2020

ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

Ce dossier constitue une démarche préalable d'inscription auprès des services périscolaires municipaux.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

ENFANT

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom :

Date et Lieu de Naissance : Sexe : M F

Adresse :

Classe fréquentée pour l'année 2019-2020:

Assurance (nom et adresse)

Numéro de Police :

Représentant légal – PARENT 1

Autorité parentale : OUI NON

Nom: Nom d'usage:

Prénom : Profession et Employeur :

Situation Familiale : Mariée Veuve Célibataire Séparée Concubinage Pacsée

Adresse :

Téléphone Portable : Domicile : Travail :

Courriel :@.....

Représentant légal – PARENT 2

Autorité parentale : OUI NON

Nom de jeune fille : Nom d'usage :

Prénom : Profession et Employeur :

Situation Familiale : Marié Veuf Célibataire Séparé Concubinage Pacsé

Adresse :

Téléphone Portable : Domicile : Travail :

Courriel :@.....

SITUATION FAMILIALE

En cas de divorce, séparation, litiges familiaux, quel parent a la garde de l'enfant ?

La mère Le père Garde alternée : (Préciser*)

**Merci de bien vouloir fournir un planning de garde pour que nous sachions qui vient chercher l'enfant.*

Les deux parents, même séparés, ont le droit de venir chercher leur enfant à la sortie de classe, sauf si la garde n'est accordée qu'à l'un des parents. Dans ce cas, le parent concerné devra fournir avec le dossier d'inscription, une photocopie du jugement de divorce mentionnant qu'il a seul la garde de l'enfant. Il pourra être éventuellement demandé une pièce d'identité avec photo pour pouvoir prendre l'enfant en charge.

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : OUI NON

Organisme : Personne référent :

Fonction : Lien avec l'enfant :

Adresse :

Téléphone Portable : Domicile : Travail :

Courriel :@.....

Frère(s) et sœur(s) de l'enfant (à compléter s'il y a lieu)

Nom - Prénom	Etablissement Scolaire fréquenté	Classe

ENFANT :

**PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT
AUTRE QUE LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX (Au moins 1 personne obligatoire)**

Nom et Prénom : À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Adresse :
Téléphone Portable : Domicile : Travail :

Nom et Prénom : À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Adresse :
Téléphone Portable : Domicile : Travail :

Nom et Prénom : À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Adresse :
Téléphone Portable : Domicile : Travail :

Nom et Prénom : À appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Adresse :
Téléphone Portable : Domicile : Travail :

Les textes ne précisent pas d'âge légal minimum pour être autorisé à venir chercher un enfant à la sortie de l'école maternelle et/ou élémentaire.

Une personne mineure peut donc récupérer l'enfant à la sortie des classes, uniquement si elle est autorisée (par écrit) par les responsables légaux de l'enfant et seulement après rencontre obligatoire avec le Service Scolaire, Périscolaire et le Maire adjoint en charge des affaires scolaires qui délivrera ou non cette autorisation. (Références : Circulaire n°97-178 du 18 septembre 1997 relative à la surveillance et sécurité des élèves dans les écoles maternelles et élémentaires publiques. Paragraphe 1.2 Circulaire n°91-124 du 6 juin 1991 relative aux Directives générales pour l'établissement du règlement type départemental des écoles maternelles et élémentaires. Paragraphe 5.3.2)

TEMPS DE VIE DE L'ENFANT

École année 2019-2020 : École Maternelle Françoise DOLTO École Élémentaire Pierre D'ARGENCOURT
Classe fréquentée année 2019-2020 : TPS PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2

INSCRIPTION SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE

Mon enfant fréquentera le restaurant périscolaire de l'école : OUI NON
 Régulièrement Exceptionnellement (Merci de cocher les jours souhaités)
 Lundi Mardi Jeudi Vendredi
 Ne fréquentera pas le Restaurant Scolaire

Je précise le NOM et Adresse du redevable à facturer :

Toute absence prévue devra être signalée 48h à l'avance.

L'inscription au restaurant périscolaire de tout enfant présentant des problèmes de santé et/ou d'allergie(s) alimentaire(s) est conditionnée à l'avis obligatoire du médecin scolaire et à la signature d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Je précise qu'un Projet d'Accueil Individualisé sera à mettre en place.

INSCRIPTION SERVICE GARDERIE PÉRISCOLAIRE – ACCUEIL DU MATIN ET DU SOIR

Ce service est organisé au sein des 2 écoles

Ce service est réservé exclusivement aux enfants dont les deux parents travaillent.

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e) Mme et/ou M., demeurant à l'adresse indiquée précédemment, déclarons sur l'honneur avoir une activité professionnelle nécessitant d'utiliser le service garderie. Je (nous nous engageons) m'engage à informer immédiatement le service de toute modification quant à ma (notre) situation professionnelle.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

A le

Signature

Les familles souhaitant bénéficier de ce service s'engagent à respecter scrupuleusement les horaires d'ouverture et de fermeture de la garderie périscolaire.

Mon enfant fréquentera la garderie périscolaire de l'école : OUI NON
 Régulièrement Occasionnellement (Merci de cocher les jours souhaités)

	LUNDI	MARDI	JEUDI	VENDREDI
Matin (7h45-8h50)				
Soir (16h20-18h30)				

INSCRIPTION SERVICE TRANSPORT SCOLAIRE

Cette inscription permet aux agents municipaux d'avoir les informations nécessaires pour l'accompagnement de votre enfant durant le temps de transport scolaire et de contacter les parents en cas d'incident pour les enfants empruntant, régulièrement ou occasionnellement, les transports scolaires.

Le personnel chargé de l'encadrement des enfants, veille aussi, en collaboration avec le chauffeur, aux conditions de sécurité des autres enfants dans le bus.

La responsabilité est donc partagée entre transporteur, Conseil Régional et Municipalité.

Les inscriptions aux transports scolaires se font sur le site : transports.nouvelle-aquitaine.fr

Mon enfant empruntera les transports scolaires : OUI NON

Mon enfant empruntera : Le Circuit 1 – LA RENISIERE Le Circuit 2 – GIBOU/ORS

Mon enfant utilisera l'arrêt pour le Circuit 1 :

- Grésillon Nord Bordelinière (Poissonnerie) Bordelinière Chevalerie
 Imprimerie Mounier Renisière Glacière Cimetière

Mon enfant utilisera l'arrêt pour le Circuit 2 :

- Gibou – Faux Moines Gibou – HLM Gaconnière Village Gaconnière
 Briganières Binaudes Ors La Croix Ors Centre

Mon enfant âgé deans est autorisé à partir seul à la descente du BUS OUI NON

Si personne n'est présent à l'arrêt du bus, l'enfant restera en surveillance dans le bus et sera déposé en garderie périscolaire, les parents en seront immédiatement informés.

Signature des parents :

POUR INFORMATION : un service de transport est assuré le mercredi pour les enfants qui fréquentent L'Atalante avec les mêmes horaires et arrêts que pendant les vacances scolaires.

ALLER	Ors	7h40	RETOUR	Ors	17h30
	La Poste	7h45		La Poste	17h35
	Le cimetière	7h50		Le cimetière	17h40

AUTORISATION PARENTALE OU DES REPRÉSENTANTS LEGAUX DU DROIT A L'IMAGE

Je (nous) soussigné(e) Mme et/ou M.

Agissant en tant que représentant légal de l'enfant

Autorise la prise de photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités périscolaires pour l'année scolaire 2019-2020 et la diffusion et la publication de photographies le représentant dans le cadre strictement énoncé ci-après : Sur tout support de communication et d'information relatif à la promotion de ces activités et notamment la presse écrite et le site internet de la Commune de Le Château d'Oléron.

L'utilisation se fera sur tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique). Cette utilisation ne concerne que la durée de vie de la présentation (ou du site) précisée. Les photographies ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti.

OUI NON

Fait à :

Le :

Signature du (des) représentant légal (aux) :

AUTORISATION PARENTALE OU DES REPRESENTANTS LEGAUX

Je (nous) soussigné(e) Mme et/ou M.

Agissant en tant que représentant légal de l'enfant ci-dessus désigné,

Atteste l'exactitude des renseignements et informations transmis ci-dessus et m'engage à signaler tout changement modifiant les indications mentionnées sur ce dossier unique d'inscription auprès des Services Scolaire et Périscolaire de la Mairie de Le Château d'Oléron.

En cas d'accident, j'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence, seuls habilités à définir l'hôpital de secteur

Fait à :

Le :

Signature du (des) représentant légal (aux) :

INFORMATION LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé pour permettre l'inscription de votre enfant aux services scolaire et périscolaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général à la Protection des Données (RGPD), vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant en envoyant un message à l'adresse suivante : mairie@lechateaudoleron.fr

ATTENTION : DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION A RAMENER A L'ECOLE OU EN MAIRIE AVANT LE

Mardi 2 JUILLET 2019 INCLUS.



L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). Pas de photocopie !

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence aux services périscolaires : 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.

A titre indicatif, 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 MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire) :

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux activités sportives nautiques et aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je (nous) soussigné(e) Nom - Prénom

Adresse :

.....

Téléphone domicile : Portable :

Téléphone Travail : Médecin Traitant et Téléphone :.....

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à :

Le :

Signature du (des) représentant légal (aux) :

.....
.....
.....