MAIRIE
Place de la Mairie
38110 SAINT CLAIR DE LA TOUR
Tél : 04 74 97 14 53 - Fax : 04 74 97 81 75 - e-mail : mairie@stclairdelatour.com

INSCRIPTIONS SCOLAIRES - 2018/2019

- Se procurer le dossier d'inscription scolaire (*soit à l'accueil de la mairie, soit sur le site www.stclairdelatour.com*),
- Se présenter en mairie avec :
  - ❑ Certificat de pré-inscription complété et signé par le responsable légal de l'enfant (*document ci-joint*),
  - ❑ Livret de famille (*copies des pages des parents et de l'enfant concerné*),
  - ❑ Justificatif de domicile récent (*original + copie*),
  - ❑ Certificat de radiation (*si nécessaire*)
- Une fois votre dossier visé par la mairie, vous présenter à l'école avec l'ensemble des documents demandés :

ÉCOLE MATERNELLE DU FOULON Mme MOULIN, Directrice 04.74.97.05.66	Inscriptions pour les enfants **nés en 2015** **Les lundis : 5, 12, 19, 26 MARS** **de 13 h 30 à 16 h 00**	❑ Fiche de renseignements à l'intention des parents, (*complétée*) ❑ Carnet de santé de l'enfant, ❑ 2 photos d'identité de l'enfant, ❑ Certificat de radiation (*si nécessaire*), ❑ Livret de famille, ❑ Justificatif de domicile, ❑ L'attestation de transport scolaire du midi.
ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE DU VILLAGE Mme Odile BENSON LECLERCQ, Directrice 09.63.06.38.02 ou 04.74.97.13.39	**Tous les LUNDIS du mois de MARS** **de 13 h 30 à 15 h 30** **Le samedi 10 mars de 9h à 12h**	❑ Fiche de renseignements à l'intention des parents, (*complétée*) ❑ Carnet de santé de l'enfant. ❑ Certificat de radiation (*si nécessaire*), ❑ Le livret scolaire (*s'il est en votre possession*).

ATTENTION ➲ Les élèves de GS de maternelle, futur(e)s CP, doivent également s'inscrire !

MAIRIE
Place de la Mairie
38110 SAINT CLAIR DE LA TOUR

Tél : 04 74 97 14 53 – Fax : 04 74 97 81 75
e-mail : mairie@stclairdelatour.com

CERTIFICAT DE PRÉ INSCRIPTION - 2018/2019

Nom de l'enfant : .....

Prénoms : .....

Sexe : ❒ Féminin ❒ Masculin Date de naissance : ____ /____ /_____

Lieu de naissance : .....

Adresse complète : .....

.....

Responsable légal : père / mère / tuteur : .....

Père : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :.....

.....

Téléphone :..... Portable : .....

Mail : .....

Mère : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone :..... Portable : .....

Mail : .....

Ancien établissement scolaire fréquenté :.....

..... Classe : .....

Signature du responsable : *Cachet de la Mairie :*

Date : Date :

Saint-Clair de la Tour

FICHE DE RENSEIGNEMENTS A L'INTENTION DES PARENTS

ELEVE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : ❒ M ❒ F

Adresse : .....

.....

PARENTS

Nom et adresse du **père** : .....

Adresse mail : .....

Profession : ..... Situation familiale : .....

1- N° tél du domicile : .....

2- N° de portable : .....

3- N° du travail : .....

Attention : en cas de changement en cours d'année, pensez à nous informer rapidement .Merci

Nom et adresse de la **mère** : .....

Adresse mail : .....

Profession : ..... Situation familiale : .....

1- N° tél du domicile : .....

2- N° de portable : .....

3- N° du travail : .....

Attention : en cas de changement en cours d'année, pensez à nous informer rapidement .Merci

Autres proches à prévenir en cas d'urgence :

Nom 1 : .....
adresse : .....
Ville : .....
tél : . . / . . / . . / . . / . .

Nom 2 : .....
adresse : .....
Ville : .....
tél : . . / . . / . . / . . / . .

ENFANTS DE LA FAMILLE

NOM	PRENOM	ANNEE DE NAISSANCE	NOM	PRENOM	ANNEE DE NAISSANCE
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Nom et n° tél de la personne ayant la garde de l'enfant après l'école :

..../..../..../...../.....

Si l'autorité parentale n'est pas conjointe ou si le domicile de l'enfant n'est pas chez les deux parents, joindre obligatoirement une copie de la page du jugement qui les réorganise . Merci

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

L'assurance doit couvrir l'enfant en ***responsabilité civile*** *et* ***individuelle accident***

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : .....

Adresse du centre de sécurité sociale : .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Date du dernier rappel antitétanique : ..../..../..... groupe sanguin : .....

Cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans

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

.....

Nom, adresse et tél du médecin traitant : Dr ..../...../...../...../.....

.....

PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE DE CLASSE MATERNELLE (uniquement pour LE FOULON)

NOM	PRENOM	N° TEL	NOM	PRENOM	N°TEL
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

***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 (SAMU). La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

Déclaration relative aux activités pédagogiques obligatoires :

Je suis informé que mon enfant est tenu de participer aux sorties gratuites prévues par l'école dans le cadre de ses activités pédagogiques dans le temps scolaire.

Déclaration relative au droit à l'image :

Barrer la mention inutile :

J'autorise Je n'autorise pas la publication de photos, d'activités scolaires uniquement, avec mon enfant.

Déclaration relative à l'autorisation de communication de l'adresse personnelle :

Barrer la mention inutile :

J'autorise Je n'autorise pas la communication de mon adresse personnelle aux associations de parents d'élèves, telle qu'elle figure dans le registre des élèves inscrits.

Date et signature : ...../...../.....

Du père :

De la mère :

Du responsable légal :

MAIRIE
PLACE DE LA MAIRIE
38110 SAINT CLAIR DE LA TOUR
☏ : 04 74 97 14 53 - 🖷 : 04 74 97 81 75
🖳 : mairie@stclairdelatour.com

ATTESTATION DE TRANSPORT SCOLAIRE DU MIDI
financé par la commune

Je soussigné(e) .....

Parent de(s) enfant(s) ..... Classe : .....

..... Classe : .....

Autorise :

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

a récupérer mon (mes) enfant(s) à l'arrêt de car suivant : .....

.....

NB : Les incidents à la descente du car ne sont plus sous la responsabilité des accompagnatrices du car, des Ecoles et de la Mairie mais sous le mandataire désigné ci-dessus.

Signature des parents :

Date :

Cachet de la MAIRIE :

Date :

Merci de compléter ce document et de le remettre à l'École Maternelle après l'avoir fait tamponner en Mairie (L'enfant doit conserver une copie dans son cartable.)