



Partie réservée à l'administration		
	OUI	NON
Cantine		
Garderie		

**ANNEE SCOLAIRE 2020/2021**  
**Groupe Scolaire Suzanne Lanoy**  
**DOSSIER D'INSCRIPTION AUX SERVICES PERISCOLAIRES**  
***Dossier à retourner en mairie au plus tard le 12 juin 2020***

**ENFANT**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date et lieu de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ à : ..... Classe : .....

**RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT**

**Responsable 1:**     Père     Mère     Autre(précisez) : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. Fixe : ..... Tél. Portable : .....  
Mail : .....  
Nom de l'employeur : ..... Tél. Pro : .....  
Numéro allocataire CAF : .....

**Responsable 2:**     Père     Mère     Autre(précisez) : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél. Fixe : ..... Tél. Portable : .....  
Mail : .....  
Nom de l'employeur : ..... Tél. Pro : .....  
Numéro allocataire CAF : .....

Parents séparés:     oui     non  
Les deux parents sont-ils autorisés à venir le chercher ?     oui     non  
(Joindre une copie du jugement obligatoirement)

**PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT**

Nom	Prénom	Téléphone	Lien de parenté

**Ces personnes doivent se munir d'un pièce d'identité avec photo, sans quoi, l'enfant ne pourra leur être confié.**

**MODE DE REGLEMENT DES FACTURES**

Prélèvement automatique:     Oui     non    *Si oui:* Joindre un R.I.B

## SERVICES ET FREQUENTATIONS PREVUS

Je souhaite inscrire mon enfant pour l'année scolaire :

A la garderie du matin et/ou du soir     A la cantine

**Merci de cocher les cases correspondantes**

Fréquentations prévues	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi
CANTINE				
GARDERIE				

Votre enfant mangera à la cantine le jour de la rentrée :     oui     non

Pour les enfants faisant leur rentrée en décalé, merci de nous indiquer la date indiquée par la directrice de l'école : .....

## REGLEMENTS INTERIEURS

Je soussigné(e).....  
représentant légal de l'enfant .....

- déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur de cantine** pour lesquels mon enfant est inscrit pour l'année scolaire 2020-2021. Je m'engage à le respecter et à le faire respecter par mon enfant.
- déclare avoir pris connaissance du **règlement intérieur de garderie** pour lesquels mon enfant est inscrit pour l'année scolaire 2020-2021. Je m'engage à le respecter et à le faire respecter par mon enfant.
- déclare avoir pris connaissance du **livret du bon comportement**. Je m'engage à le faire respecter par mon enfant.

Fait à ....., le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signatures :**

Responsable 1

Responsable 2

L'élève

## REGLEMENT GENERAL DE LA PROTECTION DE DONNEES

Dans le cadre de l'application du règlement général de protection de donnée (R.G.P.D.) est porté à votre connaissance :

- Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier d'inscription feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions.
- Les personnes ayant accès aux données sont : le maire, les adjoints et les agents municipaux en relation avec les affaires scolaires.
- Les données seront conservées uniquement durant l'année concernée.
- La loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous donne le droit d'accès et de rectification des données transmises. Merci d'adresser votre demande par mail à l'adresse suivante : [mairie@ferin.fr](mailto:mairie@ferin.fr) ou par courrier à Mairie de Férin, rue de Bapaume, 59169 FERIN.

Je soussigné(e), ....., déclare avoir pris connaissance des informations relatives au R.G.P.D. ci-dessus et donner mon consentement.

Fait à ....., le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signatures :**

Responsable 1

Responsable 2



FICHE SANITAIRE DE LIAISON
ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Nom : ..... Prénom : .....
Classe : ..... Age : ..... Date de Naissance : .....

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

Table with 6 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, Autres (préciser).

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

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? 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 ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Each cell contains 'OUI' and 'NON' with checkboxes. A second row includes COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non [ ] MÉDICAMENTEUSES oui [ ] non [ ]
ALIMENTAIRES oui non AUTRES.....

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

Series of horizontal dotted lines for writing the cause of allergy and management.

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

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

**RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

**VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.**

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

**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....  
ADRESSE .....  
.....  
.....  
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....  
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

**Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant ....., 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.**

Date : ..... Signature : .....

Dans le cadre de l'application du règlement général de protection de donnée (R.G.P.D.) est porté à votre connaissance :

- Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier d'inscription feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions.
- Les personnes ayant accès aux données sont : le maire, les adjoints et les agents municipaux en relation avec les affaires scolaires.
- Les données seront conservées uniquement durant l'année concernée.
- La loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous donne le droit d'accès et de rectification des données transmises. Merci d'adresser votre demande par mail à l'adresse suivante : [mairie@ferin.fr](mailto:mairie@ferin.fr) ou par courrier à Mairie de Férin, rue de Bapaume, 59169 FERIN.

Je soussigné(e), ....., déclare avoir pris connaissance des informations relatives au R.G.P.D. ci-dessus et donner mon consentement.

Fait à ....., le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Signatures :**

*Responsable 1*

*Responsable 2*