



## Rentrée Scolaire 2024–2025 Dossier Inscription



**Inscriptions Scolaires des enfants en 1<sup>er</sup> année de maternelle**  
(L'enfant doit avoir impérativement 3 ans entre le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et le 31 décembre 2024)

**Et pour les nouveaux arrivants sur la commune d'Éguilles.**

**Service JEUNESSE Immeuble Reynaud 1<sup>er</sup> étage 13510 EGUILLES– Mme Tania CALI**

**SUR PLACE : de 9h00 à 12h00 et de 14h00 à 17h00**

**Tél. : 04.42.92.35.32**

**Ou**

**Par MAIL : [polefamille@mairie-eguilles.fr](mailto:polefamille@mairie-eguilles.fr)**

**(scanner les pièces à joindre en format PDF)**

---

### **Pièces à fournir avec la fiche d'inscription**

(pour chaque dossier si plusieurs enfants à inscrire)

- **Copie du livret de famille (page des parents et de l'enfant concerné)**
  - **Copie du Carnet de santé (pages des vaccinations)**
  - **Justificatif d'adresse (copie facture EDF ou autre)**
    - **Certificat de radiation**  
(pour les enfants venant d'une autre école)
    - **Copie Carte d'Identité des parents.**
- **Copie du dernier Jugement en cas de divorce ou séparation**
- **Avis d'Imposition (Année N-1 lors de la rentrée, soit pour la rentrée scolaire 2024, avis établi en 2023 sur les revenus de 2022)**





Garde principale chez : .....

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

Le parent 1 **et / ou** Le parent 2 (rayer les mentions inutiles)

Autres personnes (**Au cas où les parents ne sont pas joignables**) :

NOM / PRÉNOM	LIEN	TÉLÉPHONE

**Médecin Traitant**

Nom du Médecin traitant..... Téléphone.....

Adresse du Médecin.....

En cas d'extrême urgence, autorisez-vous la (e) Directrice(eur) à le contacter ? OUI NON

**Personnes autorisées à venir chercher l'enfant**

Le parent 1 **et / ou** Le parent 2 (rayer les mentions inutiles)

NOM / PRÉNOM	LIEN	TÉLÉPHONE

**Problèmes à signaler lors de l'inscription définitive :**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - Au niveau de la santé de l'enfant                                      | OUI | NON |
| Préciser : .....   |     |     |
| - Problème médical nécessitant un Projet d'Accueil Personnalisé (P.A.I.) | OUI | NON |
| - Allergies :  | OUI | NON |
| Si oui : Alimentaires ....., Médicamenteuses .....                       |     |     |
| - Asthme   | OUI | NON |
| - Handicap nécessitant un aménagement personnalisé                       | OUI | NON |
| - Autres   | OUI | NON |
| Préciser : .....   |     |     |

Fait à .....

Le.....

Signature des 2 parents  
Parent 1                      Parent 2



## DOSSIER UNIQUE

### L'ENFANT

NOM ET PRÉNOM : .....SEXE :  GARÇON  FILLE  
DATE DE NAISSANCE : ..... ÉCOLE.....  
ADRESSE PRINCIPALE : .....

### PARENT 1

NOM ET PRÉNOM : ..... PROFESSION : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....  
ADRESSE DU DOMICILE : .....  
E-MAIL : .....  
CÉLIBATAIRE  CONCUBINAGE  MARIÉ(E)  PASCÉ(E)  DIVORCÉ(E)  SÉPARÉ(E)

	DOMICILE	TRAVAIL	MOBILE
N° de téléphone			

### PARENT 2

NOM ET PRÉNOM : ..... PROFESSION : .....  
DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : .....  
ADRESSE DU DOMICILE : .....  
E-MAIL : .....  
CÉLIBATAIRE  CONCUBINAGE  MARIÉ(E)  PASCÉ(E)  DIVORCÉ(E)  SÉPARÉ(E)

	DOMICILE	TRAVAIL	MOBILE
N° de téléphone			

### **DOSSIER REMIS POUR**

- RESTAURATION SCOLAIRE**
- EXTRASCOLAIRE** (Accueil en A.C.M. les mercredis de l'année scolaire,  
vacances scolaire)
- PÉRISCOLAIRE** (Accueil le soir entre 16h30 et 18h00)
- GARDERIE MUNICIPALE** (Accueil le matin entre 7h30 et 8h20)



**RESTAURATION SCOLAIRE**

1<sup>ère</sup> INSCRIPTION

RÉINSCRIPTION

**SOUHAITS DE FRÉQUENTATION DU RESTAURANT SCOLAIRE**

**LUNDI**

**MARDI**

**JEUDI**

**VENDREDI**

**OCCASIONNELLE** (réservations effectuées par les parents sur le portail famille)

- **Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique : OUI**   **NON**

**Préciser :** .....

**Sans viande**

**Sans porc**

**Autre**  **préciser**.....

.....  
.....

- **Votre enfant a-t-il un PAI alimentaire : OUI**   **NON**

- **préciser :**.....

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

**Cadre réservé à l'administration :**

**Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)**

**Éviction des allergènes dans le régime habituel par le service responsable de la restauration**

**Préciser** .....



## AUTORISATION PARENTALE

### RÈGLEMENT INTÉRIEUR

JE SOUSSIGNÉ(E) MADAME / MONSIEUR .....

ATTESTE AVOIR PRIS CONNAISSANCE ET ACCEPTER LE RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE CHAQUE STRUCTURE  
D'ACCUEIL FRÉQUENTÉE PAR MON ENFANT.....

### L'APPLICATIF API IMPÔT PARTICULIER

ELLE PERMET L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS FISCALES ENTRE LA D.G.F.I.P. ET UNE ENTITE ADMINISTRATIVE  
(ADMINISTRATION, MINISTERE, ORGANISME PUBLIC, COLLECTIVITE) OU UNE ENTREPRISE DANS LE CADRE DE  
LEURS OBLIGATIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES POUR DES MISSIONS D'INTERETS GENERAL.

OUI  NON

### FONCTIONNEMENT DE L'ACCUEIL DE LOISIRS EXTRASCOLAIRE

#### AUTORISE MON ENFANT A SE BAIGNER :

OUI  NON

#### AUTORISE L'APPLICATION DE CRÈME SOLAIRE :

OUI  NON

#### AUTORISE MON ENFANT A PARTICIPER AUX ACTIVITÉS :

OUI  NON

#### AUTORISE MON ENFANT A SE DÉPLACER EN MINIBUS OU EN AUTOCAR :

OUI  NON

**AUTORISE L'ÉQUIPE D'ENCADRANTS A PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES** (recours au service  
d'urgence, hospitalisation, anesthésie générale) **EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE ET M'ENGAGE A  
REMBOURSER LES FRAIS CORRESPONDANTS :**

OUI  NON

#### AUTORISE L'ÉQUIPE D'ENCADRANTS A FILMER ET A PHOTOGRAPHER MON ENFANT :

OUI, avec diffusion interne (portail famille)

OUI, avec diffusion externe (Journal municipal, Éguilles Infos)

OUI, sans diffusion

NON



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1. LES VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP)				Hépatite B	
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type B				Infections invasives à pneumocoque	
Coqueluche				Méningocoque de séro groupe C	
Rubéole-Oreillons-Rougeole				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES **VACCINS OBLIGATOIRES** JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
ATTENTION le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

**MERCI DE VEILLER A RENSEIGNER LA DATE DES VACCINS OBLIGATOIRES, SANS QUOI LE DOSSIER DE VOTRE ENFANT NE SERA NI ACCEPTÉ, NI TRAITÉ !**

### 2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ACTUELS CONCERNANT L'ENFANT



**Votre enfant présente -t-il des troubles de la santé, pouvant nécessiter un traitement ou des soins, pendant l'accueil de loisirs ?** OUI  NON

**Si oui lesquels ?** .....

### 3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (port de lunettes, prothèses auditives...)

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

Fait à .....,  
le.....

Signatures des 2 parents  
Parent 1                      Parent 2