



Rentrée Scolaire 2024–2025 Dossier Inscription



Inscriptions Scolaires des enfants en 1^{er} année de maternelle
(L'enfant doit avoir impérativement 3 ans entre le 1^{er} janvier 2024 et le 31 décembre 2024)

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

Service JEUNESSE Immeuble Reynaud 1^{er} 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

(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^{ère} 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