

Comment inscrire son enfant à l'école de Cénac ?

1. Aller à la Mairie

Les inscriptions se font d'abord auprès de la Mairie de Cénac.

2. Ramener le dossier COMPLET à la Mairie. Il doit contenir :

Le dossier (complété) donné par la Mairie.

La photocopie du livret de famille pages parents et enfant.

La photocopie des pages du carnet de santé (vaccinations).

Le certificat de radiation de l'école d'origine si votre enfant n'était pas sur la commune.

Un justificatif de domicile.

Pour les parents séparés/divorcés :

La photocopie du jugement de divorce (s'il y a lieu) ou les modalités de garde alternée signée par les 2 parents. Dans le cadre d'une garde alternée, les 2 parents doivent être d'accord avec l'inscription et le signaler par écrit.*

3. Attendre d'être contacté par l'école

Une fois le dossier déposé en Mairie, vous serez contacté par mail par l'école.

La directrice proposera un rendez-vous en soirée, à destination des parents uniquement.

4. Matinée d'adaptation

Nous proposerons début juin, une demi matinée d'adaptation à votre enfant. La présence d'un des parents est obligatoire (un seul parent autorisé).



Image : Mysticolly

DOSSIER FAMILLE (1 par famille)

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE RESPONSABLE LEGAL	<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE RESPONSABLE LEGAL
Civilité :	Civilité :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
Téléphone fixe :	Téléphone fixe :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Courriel :	Courriel :
Profession :	Profession :
Coordonnées employeur :	Coordonnées employeur :
.....
.....
Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Allocataire CAF : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
N° d'allocataire :	N° d'allocataire :

Date :

Nom, prénom du signataire :

Signature :

INSCRIPTION SCOLAIRE (1 par enfant) 2023-2024

Sexe : Masculin Féminin

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

**PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE
ET AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT
(En dehors des responsables légaux)**

PERSONNE 1

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

PERSONNE 2

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

PERSONNE 3

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

PERSONNE 4

Nom :

Prénom :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

A contacter en cas d'urgence

Autorisé à venir chercher l'enfant

INSCRIPTION RESTAURATION SCOLAIRE

Cochez les cases correspondant à votre demande

OUI NON

REGULIEREMENT OCCASIONNELLEMENT

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE AU DOSSIER :

- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé
- Photocopie du livret de famille
- Justificatif de domicile
- Formulaire CERFA fiche sanitaire
- RIB et mandat de prélèvement (uniquement si vous optez pour le prélèvement automatique des factures de restauration scolaire)

CAS PARTICULIERS :

- Si changement d'école : certificat de radiation de l'ancienne école
- Si parents divorcés ou séparés : attestation sur l'honneur de 2^{ème} parent donnant son accord à la scolarisation de son enfant à Cénac.

A FOURNIR AU PLUS TARD A LA RENTREE DE SEPTEMBRE :

- Attestation d'assurance scolaire
- Si votre enfant fait l'objet d'un Protocole d'Accueil Individualisé : copie de l'ordonnance et 2^{ème} trousse de médicaments (pour les activités périscolaires).

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N°10008*02

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? 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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) : _____

Numéros de téléphone :

Mère : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile _____ portable : _____ travail : _____

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 du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après hospitalisation.

N° de sécurité sociale _____

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATION DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MAIRIE DE CENAC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MAIRIE DE CENAC
 Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
 - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 44 ZZZ 656393

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom, prénom :
 Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : MAIRIE DE CENAC
 Adresse : 50 AVENUE DE BORDEAUX
 Code postal : 33360
 Ville : CENAC
 Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif **Y**
 Paiement ponctuel **Y**

Signé à :
 Le (/ /20) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LA MAIRIE DE CENAC. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec LA MAIRIE DE CENAC

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.