



Ville de Martignas-sur-Jalle
33127

DOSSIER D'INSCRIPTION ELEMENTAIRE MARTIGNAS-sur-JALLE

*Ecole
Accueil périscolaire
Restaurant scolaire*

CATEGORIE

* Les Parties grisées sont réservées à l'administration

ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : Fille Garçon

Nom de l'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE :

CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

Liste des pièces OBLIGATOIRES à joindre au dossier :

- Photocopie du dernier avis d'imposition sur le revenu du foyer
- Attestation de Paiement CAF, M.S.A.,... ou attestation de non droit
- Attestation IGESA (pour les militaires)
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou apparaît l'enfant
- Certificat de radiation pour les enfants venant d'une autre école
- Attestation d'assurance « **responsabilité civile individuelle accidents** » des parents.
- En cas de séparation ou de divorce des parents, photocopie du jugement attestant du mode de garde
- Pour une demande de restauration une attestation d'employeur par personne
- Photocopie du livret de famille (père, mère et enfant (s)) (ou acte de naissance avec filiation ou déclaration sur l'honneur)
- Justificatif de domicile (photocopie copie facture EDF, facture téléphone, quittance loyer)
- Certificats médicaux pour les allergies, régimes particuliers, affections ou maladies particulières et contre-indications médicales
- En cas d'intolérances ou d'allergies alimentaires, photocopie du Projet d'Accueil Individualisé (PAI) de l'année scolaire en cours
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Photocopie de la page des 5/ 6ans du carnet de santé complété par le médecin scolaire (pour les C.P uniquement)

Merci de déposer le dossier rempli et complet au Service Jeunesse, Sports, Affaires Scolaires

Tél. : 05-57-97-74-94/05-57-97-73-42

Fax : 05-57-97-73-44

E-mail : service.jeunessesport@martignas.org

RENSEIGNEMENTS SUR LE(S) FRERE(S) ET SŒUR(S)

IDENTIFICATION FRERE/SOEUR

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : Fille Garçon
Ecole et classe fréquentées :

IDENTIFICATION FRERE/SOEUR

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : Fille Garçon
Ecole et classe fréquentées :

IDENTIFICATION FRERE/SOEUR

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : Fille Garçon
Ecole et classe fréquentées :

IDENTIFICATION FRERE/SOEUR

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../..... Sexe : Fille Garçon
Ecole et classe fréquentées :

J'atteste sur l'honneur la véracité des renseignements transmis dans ce dossier, et m'engage à informer le Service Jeunesse, Sports, Affaires Scolaires en cas de modification de toute nature.

A : Le :

Nom et Signature du (ou des) représentant(s) légal (aux),

Enfant concerné

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... A :

Durant l'année scolaire, mon enfant fréquentera

RESTAURANT SCOLAIRE *
 ACCUEIL PERISCOLAIRE *
 ACCUEIL DE LOISIRS

* Cochez les cases correspondantes

Présence souhaitée au restaurant scolaire

Classe :

Année scolaire	Lundi	Mardi	Mercredi*	Jeudi	vendredi
Midi					

* en cas d'école

En cas de modification, je m'engage à prévenir au :
- Service Jeunesse, Sports, Affaires Scolaires au **05-57-97-74-94** ou **05-57-97-73-72**
- Horaires de 9 h à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h

Présence souhaitée à l'accueil périscolaire

Classe :

Horaires : 7 h 15 à 8 h 45, et de 17 h à 18 h 45
Téléphone :

Année scolaire	Lundi	Mardi	Mercredi*	Jeudi	vendredi
Matin					
Soir					

* en cas d'école

- Autorise mon enfant à quitter l'accueil périscolaire seul : lundi* mardi* jeudi* vendredi*
- Si autorisation, la ville décline toute responsabilité en cas d'accident survenu après le départ du lieu dans lequel se déroule la prestation municipale.
- Les parents assument la responsabilité du départ de leur enfant mineur.

En cas de modification, je m'engage à prévenir :
- Le Service Jeunesse, Sports, Affaires Scolaires au **05-57-97-74-94** ou **05-57-97-73-42**
- Horaires : 9 h à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h

Dans le cadre des activités de ces structures, autorisez-vous votre enfant à être **photographié*** **filmé*** en vue de publication ou diffusion par la Ville de Martignas-sur-Jalle.

* Cochez les cases correspondantes

PERSONNES HABILITEES A RECUPER MON ENFANT
PERSONNES MAJEURES UNIQUEMENT

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : ① personnel : ② portable :

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant

Etre prévenu en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : ① personnel : ② portable :

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant

Etre prévenu en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : ① personnel : ② portable :

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant

Etre prévenu en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : ① personnel : ② portable :

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant

Etre prévenu en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Lien avec l'enfant : ① personnel : ② portable :

Cochez la ou les cases suivantes si vous autorisez le contact à :

Venir chercher l'enfant

Etre prévenu en cas d'urgence

ALLOCATIONS FAMILIALES

Régime allocataire : N° d'allocataire :

Caisse d'affiliation :

Personne bénéficiaire des allocations :

Pour le personnel militaire merci de fournir une attestation IGESA (délivrée par le Service Social)

Enfant concerné

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... A :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du Médecin traitant : ① :

Lieu de préférence pour l'hospitalisation :

Allergies* : Asthme Allergies médicamenteuses Allergies alimentaires Autres(es) :

Affections ou maladies particulières* :

Contre-indications* :

Autres observations et recommandations utiles :

* merci de joindre impérativement un certificat médical au dossier

AUTORISATION PARENTALE DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT

Je soussigné : Responsable de l'enfant :

N° Sécurité Sociale du responsable de l'enfant :

 Autorise * N'autorise pas *

* Cocher la case souhaitée

Le directeur de la structure de loisirs à contacter les services d'urgence et à prendre toutes les dispositions utiles pour les premiers soins éventuels.

J'atteste sur l'honneur la véracité des renseignements transmis dans ce dossier, et m'engage à informer le Service Jeunesse, Sports, Affaires Scolaires en cas de modification de toute nature.

A :

Le :

Nom et Signature du (ou des) représentant(s) légal (aux),