



## AUTORISATION D'INSCRIPTION ECOLE

Le maire, autorise l'inscription à l'école .....de  
SAUSSAN.

Nom, Prénom : .....

Né (e) le : .....

Nom et adresse des parents : .....

.....

Mail

.....

Téléphone : .....

### PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR EN MAIRIE

- Livret de famille
- **Carnet de santé (11 vaccins obligatoires)**
- Justificatif de domicile
- Numéro CAF

### DOCUMENTS A TRANSMETTRE AUX ECOLES

- Le certificat de pré-inscription délivré par Monsieur le Maire
- Une fiche d'état civil ou une photocopie du livret de famille
- Un certificat du médecin de famille attestant l'aptitude à la vie en collectivité de votre enfant
- Un document attestant que l'enfant a subi les vaccinations obligatoires (ex : photocopie du carnet de santé).

Fait à SAUSSAN le .....

JOËL VERA,  
MAIRE

ECOLE / ALP

Année scolaire : ..... Niveau : ..... Classe : .....

**ELEVE**

NOM : ..... Prénom(s) : ..... Sexe : M  F

Né(e) le : ...../...../..... Lieu de naissance ( commune et département ) : .....

Date du dernier vaccin antitétanique .....

Observations particulières ( allergies, PAI, précautions particulières ) : .....

Adresse principale de l'enfant : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Frères et sœurs ( nom-prénom + date de naissance )

**RESPONSABLES LEGAUX**

**MERE**

Autorité parentale : OUI  NON

Nom d'usage: ..... Prénom : .....

Adresse ( si différente de celle de l'élève ) :

.....Code postal : ..... Commune : .....

Profession : ..... TEL Travail : .....

TEL Domicile : ..... Portable / ..... Courriel : .....

Je ne désire pas communiquer mon adresse mail aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus.)

**PERE**

Autorité parentale : OUI  NON

Nom d'usage: ..... Prénom : .....

Adresse ( si différente de celle de l'élève ) :

.....Code postal : ..... Commune : .....

Profession : ..... TEL Travail : .....

TEL Domicile : ..... Portable / ..... Courriel : .....

Je ne désire pas communiquer mon adresse mail aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus.)

**Autres responsables ( personne physique ou morale, tuteur ... )** Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales

Lien avec l'élève : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Organisme: .....

Adresse : .....Code postal : ..... Commune : .....

L'élève habite à cette adresse ? : OUI  NON

Profession : ..... TEL portable : .....

TEL Domicile : .....Tel travail : .....

Courriel : .....

Je ne désire pas communiquer mon adresse mail aux associations de parents d'élèves. (Ne cocher qu'en cas de refus.)

### Personnes à contacter (si différentes des personnes déjà indiquées)

#### PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE (autres que les responsables)

NOM	PRENOM	Lien avec l'élève	Numéro de téléphone
1 .....	.....	.....	.....
2 .....	.....	.....	.....
3 .....	.....	.....	.....

#### PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT (autres que les responsables)

NOM	PRENOM	Lien avec l'élève	Numéro de téléphone
1 .....	.....	.....	.....
2 .....	.....	.....	.....
3 .....	.....	.....	.....
4 .....	.....	.....	.....
5 .....	.....	.....	.....

### AUTORISATIONS PHOTOGRAPHIES/VIDEOS : ECOLE

J'autorise la diffusion de **photographies** de mon enfant prises dans le cadre de situations scolaires vécues à l'école ou en sorties pédagogiques organisées par les enseignantes pour l'usage suivant : **(Cochez la réponse souhaitée.)**

- pages du cahier ou classeur des élèves (photographies en groupe) OUI  NON
- article dans le *Midi Libre* ou *Bulletin Municipal* (photographies en groupe) OUI  NON
- photographies individuelles pour une utilisation en classe : *affichages* ou *productions* OUI  NON

### AUTORISATIONS PHOTOGRAPHIES/VIDEOS : ALP

J'autorise la Municipalité à photographier ou filmer mon enfant lors d'activités et à publier dans le bulletin municipal, le *Midi Libre* ou la presse locale. OUI  NON

Ces autorisations données à titre gracieux, sont valables pour une durée de 1 an à compter du 1er septembre 2021. Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces photos devront respecter l'anonymat de l'enfant et ne devront pas porter atteinte à sa réputation.

### ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile OUI  NON  Individuelle Accident OUI  NON

Compagnie d'assurance : ..... N° police d'assurance : .....

**Joindre impérativement une attestation d'assurance mentionnant la responsabilité civile et l'individuelle accident valide**

N° ALLOCATAIRE CAF ( pour l'ALP) ..... Régime de dépendance : général / fonction publique / msa

Ecole Maternelle La Marelle  
Place Joseph DELTEIL  
34570 SAUSSAN

« Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche le plus rapidement possible. »

Date : Signature (PERE) : Signature (MERE) :

# FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Nom de l'établissement : .....

Année scolaire : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

## Élève :

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Date de naissance : [ ][ ][ ] / [ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

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

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

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

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

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

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : [ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ]

2. N° du travail du père : [ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ]

Poste : .....

3. N° du travail de la mère : [ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ]

Poste : .....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

[ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ]

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :**

□□/□□/□□□□

*(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)*

**Observations particulières :**

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...):

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

**Coordonnées du médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

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

N° de téléphone : □□/□□/□□/□□/□□

