

INSCRIPTIONS SCOLAIRES

Les inscriptions pour la rentrée scolaire de **2019-2020** se font auprès du secrétariat des services scolaires (Tél. **02.54.44.17.41**). Elles concernent **uniquement les enfants domiciliés à Feings, Fougères S/Bièvre, Ouchamps, nés en 2016 pour la rentrée à l'école maternelle de Septembre 2019.**

Vous pouvez préinscrire votre enfant en Toute Petite Section s'il est né en début d'année 2017 pour une rentrée en janvier 2020 (sous réserve de places).

Permanence pour les inscriptions :

**les Mardi de 08h15 à 12h15 et de 13h00 à 17h00
les Vendredi de 08h15 à 12h15 et de 13h00 à 16h30**

**Services scolaires de Feings, Fougères/Bièvre, Ouchamps
44, Rue Victor Drugeon - OUCHAMPS
41120 LE CONTROIS-EN-SOLOGNE**

En dehors de ces heures, l'inscription est possible sur rendez-vous.

Documents originaux à apporter lors de l'inscription :

- extrait intégral de l'acte de naissance de l'enfant de moins de 3 mois,
- livret de famille,
- justificatif de domicile de moins de 3 mois,
- carnet de santé de l'enfant
- jugement de garde en cas de séparation des parents.

Vous pouvez télécharger la fiche d'inscription sur notre site internet :

www.sivosffo.fr

**FICHE D'INSCRIPTION
TRANSPORTS – GARDERIE – CANTINE
FEINGS-FOUGERES-OUCHAMPS**

ENFANT

NOM : PRENOM : Fille Garçon
 DATE DE NAISSANCE :
 ADRESSE : N° - RUE :
 CODE POSTAL : COMMUNE :
 ECOLE : CLASSE :

FAMILLE

NOM : PRENOM : Père Mère Tuteur
 AUTORITE PARENTALE : Oui Non
 ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) : RUE :
 CODE POSTAL : COMMUNE :
 TEL. DOMICILE : PORTABLE :
 TEL. PROFESSIONNEL : NOM-ADRESSE EMPLOYEUR :
 ADRESSE E-MAIL : Numéro Allocataire CAF :

NOM : PRENOM : Père Mère Tuteur
 AUTORITE PARENTALE : Oui Non
 ADRESSE (si différente de celle de l'enfant) : RUE :
 CODE POSTAL : COMMUNE :
 TEL. DOMICILE : PORTABLE :
 TEL. PROFESSIONNEL : NOM-ADRESSE EMPLOYEUR :
 ADRESSE E-MAIL : Numéro Allocataire CAF :

SITUATION FAMILIALE

MARIÉ(E) DIVORCÉ(E) CONCUBIN(E) CELIBALAIRE PACSÉ(E) VEUF(VE) SEPARÉ(E)
 En cas de divorce ou séparation, les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ? OUI NON

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. Fixe	Tél. Port.

Je soussigné(e) M. / Mme responsable de l'enfant

Demande l'inscription à :

Dans tous les cas, l'enfant doit obligatoirement être inscrit à chacun des services pour pouvoir le fréquenter.

CANTINE SCOLAIRE

FEINGS FOUGERES S/BIEVRE OUCHAMPS
 LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI OCCASIONNELLEMENT

GARDERIE PERISCOLAIRE

FOUGERES S/BIEVRE OUCHAMPS
 LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI OCCASIONNELLEMENT

TRANSPORTS SCOLAIRES

(inscription de préférence sur le site de la région à compter du 3 juin ou sur fiche d'inscription papier à nous remettre à partir du 13 mai)

LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI OCCASIONNELLEMENT

L'enfant sera déposé :

LE MATIN LIEU DE L'ARRET DE CAR..... PAR.....

L'enfant sera repris :

LE SOIR LIEU DE L'ARRET DE CAR..... PAR.....

J'autorise le SIVOS à prendre des photos et/ou vidéos de mon fils/ma fille.....

et à les diffuser sur le site internet du SIVOS, sur les bulletins des communes ou dans la presse locale.

Fait à le.....

SIGNATURES

PERE

MERE

TUTEUR

ENFANT

NOM – PRENOM : Date de naissance : Fille Garçon

Ecole – classe fréquentée en 2018-19 :

L'enfant fréquentera-t-il : - Les transports scolaires : OUI NON

- La garderie : OUI NON Lieu :

- La cantine : OUI NON Lieu :

Nom et adresse des responsables légaux :

1-

Tél. Fixe : Port. : Professionnel :

2-

Tél. Fixe : Port. : Professionnel :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

MEDECIN TRAITANT : NOM : Tél :

AUTRES PERSONNES :

Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	Tél. Fixe	Tél. Port.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VACCINS OBLIGATOIRES : Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite à jour : OUI Date du dernier rappel :

VACCINS RECOMMANDES : Hépatite B : Date : ROR : Date : Coqueluche : Date :

AUTRES : Précisez :

Joindre la copie des pages de vaccins du carnet de santé ou le certificat médical attestant les vaccinations.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Angine Oreillons Scarlatine Varicelle Coqueluche

Rougeole Rubéole Otite Rhumatisme articulaire aigu

PORT DE : Lentilles Lunettes Prothèses auditives

Prothèses dentaires Autre, préciser :

L'ENFANT PRESENTE-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE PARTICULIERS : OUI Lesquels :

L'ENFANT A-T-IL DEJA SUBI DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES : OUI Lesquelles :

SANTE DE L'ENFANT

ALLERGIES ALIMENTAIRES : OUI Préciser :

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE : OUI Préciser le(s) médicament(s) :

ASTHME : OUI

Si réponse(s) positive(s) : Se rapprocher de la médecine scolaire (pour les enfants de 6 ans et plus) ou de la P.M.I. (pour les enfants de moins de 6 ans), pour étudier la nécessité de mettre en place un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé).

P.A.I. EXISTANT : OUI → Fournir une copie de PAI. Le protocole d'urgence et la trousse médicale devront être donnés sur l'école.

Aucun médicament ne pourra être pris en l'absence de P.A.I.

ASSURANCES

NOM DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE : N° de Sécurité Sociale :

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : Compagnie N°

ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT : Compagnie N°

Apporter obligatoirement la (les) attestation(s) d'assurance le jour de la rentrée.

Nous soussigné(s)..... responsable(s) de l'enfant, déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorisons à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Nous nous engageons à informer le SIVOS de toute modification importante concernant l'état de santé de notre enfant pouvant intervenir en cours d'année.

Signature des deux responsables légaux :