

DIRECTION DE L’EDUCATION

Boulevard Front de Mer, Sarlassonne

97130 Capesterre Belle-Eau

🕿0590862916 - 0590863260

**FICHE D’INSCRIPTION (Année Scolaire 2020-2021)**

***SCOLAIRE ET******PERISCOLAIRE***

*(Garderie – Restauration scolaire - Accueil de Loisirs sans hébergement : ALSH)*

**(*A compléter et à déposer sous enveloppe dans la boîte aux lettres située à l’entrée***

***du service scolaire*)**

**VOTRE ENFANT** (enfants nés en 2017 et 2018) et changement d’école à la rentrée

Nom et Prénom de l’enfant :……………………………………..……….. …………………………Sexe : F ⬜ M ⬜

Né(e) le :………………………….. Lieu :…………………………………………………………

Niveau scolaire : ⬜TPS ⬜ PS ⬜ MS ⬜ GS

Assurance Scolaire :…………………………N° de police :……………………………….

**TPS (enfants nés en 2018) : 20 places par école**

⬜ Maternelle Sarlassonne ⬜ Maternelle Gérard LAURIETTE de Cayenne

⬜ Maternelle de Routhiers ⬜ Maternelle de Sainte-Marie

**Frères ou sœurs scolarisés dans une école maternelle ou élémentaire de la Commune**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM ET PRENOM** | **CLASSE** | **ECOLE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM ET PRENOM** | **CLASSE** | **ECOLE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**RESPONSABLES LEGAUX**

**PERE** **MERE**

Nom, Prénom………………………………. Nom, Prénom …………………………………..

Adresse :…………………………………. Adresse :……………………………....………..

……………………………………………… ………………………………………………….

Profession :…………………………………. Profession :……………………………………..

Employeur :…………………………………. Employeur :…………………………………….

Téléphone domicile :0590…………………... Téléphone domicile : 0590………………………

Téléphone Portable :……………………….. Téléphone Portable :……………………………

Téléphone Professionnel :…………………. Téléphone Professionnel :………………….

Mail :……………………………………..... Mail :…………………………………….

**Situation de Famille** :

⬜Mariés ⬜Divorcés ⬜Séparés ⬜Célibataire ⬜Mariés ⬜Divorcés ⬜Séparés ⬜Célibataire

⬜Pacs ⬜Concubinage ⬜Veuf(ve) ⬜Pacs ⬜Concubinage ⬜Veuf(ve)

Nombre de personnes dans le foyer :……………… Nombre de personnes dans le foyer :……………..

N° d’allocataire : CAF ou MSA ………………….. N° d’allocataire : CAF ou MSA………………….

Régime : ⬜Général CPAM ⬜Agricole ⬜Spécial Régime: ⬜Général CPAM ⬜ Agricole ⬜Spécial

N°de Sécurité Sociale :………………...………….. N°de Sécurité Sociale ………………………….….

Médecin traitant :………………………………….. Médecin traitant :……………………………….…

Numéro de téléphone :…………………………..... Numéro de téléphone……………………………...

Contact en cas d’urgence : ………………………..Contact en cas d’urgence :………………….……..

**Liste des documents à fournir**

|  |  |
| --- | --- |
| ***INSCRIPTION SCOLAIRE***Livret de famille (pages père, mère, et enfant concerné) ou acte de Naissance de l’enfantCarnet de santé(les vaccinations pour les enfants nés en 2017-2018(photocopie)Certificat de radiation si l’enfant est déjà scolarisé et qu’il change de domicileEn cas de divorce ou séparation, fournir le jugement fixant la résidence de l’enfant ou attestation de séparation signée des 2 parents1 enveloppe timbrée 24x16 avec adresse des parents1 justificatif de domicile au nom des parents | ***RESTAURATION SCOLAIRE ET ACTIVITES PERISCOLAIRES***Bulletin de salaire des 3 derniers moisImposition de l’année 2019Notification de droits des Allocations familialesAttestation de droit à une pension ou attestation RSA ou de chômageFacture d’électricitéCertificat d’hébergement (si hébergé)1 Photo d’identitéFiche sanitaire complétéeAttestation d’assurance de l’enfant (Photocopie |

***ACTIVITES PERISCOLAIRES***

***(Activités payantes, les tarifs vous seront communiqués***

 ***au mois de Juin***

*Je souhaite inscrire mon enfant à : Cochez les cases, les créneaux horaires et les jours de de votre choix*

⬜**NON**

⬜**OUI**

***Garderie Municipale :***

⬜**Lundi** ⬜**Mardi** ⬜**Jeud**i ⬜**Vendredi**

**Matin ⬜ 06H45-07H50 Soir** ⬜ **16H30-18H00**

***Restauration scolaire* :** ⬜**OU**I ⬜NON

⬜**Lundi** ⬜**Mardi** ⬜**Jeudi** ⬜**Vendredi**

***Si régime particulier* :**

**Sans Porc :** ⬜Oui ⬜Non **Sans Bœuf**: ⬜ Oui ⬜Non **Végétarien** : ⬜Oui ⬜Non

**PAI Alimentaire** : ⬜Oui ⬜Non

Autres à préciser :………………………………………………………………………….……

***Accueil de Loisirs sans hébergement : ALSH*:** ⬜**OUI** ⬜**NON**

⬜ **Mercredi** ⬜ **Petites Vacances**

 **(Toussaint-Noël-Carnaval-Pâques)**

 **07H-17H00** : ⬜ Journée

**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné (e),………………………………………………………………………………………….

⬜ Autorise mon enfant à rentrer seul (uniquement à partir de 7 ans à la fin des activités proposées et à ce titre je décharge la Ville de Capesterre Belle-Eau et ses délégataires de toute responsabilité

⬜ N’autorise pas mon enfant à rentrer seul et autorise les personnes ci-dessous à prendre en charge mon enfant :

Nom et Prénom :……………………………Qualité : …………………..N° de téléphone…………

Nom et Prénom :……………………………Qualité : …………………..N° de téléphone…………..

Nom et Prénom :……………………………Qualité : …………………..N° de téléphone…………..

⬜ J’autorise la ville de Capesterre Belle-Eau à photographier mon enfant lors des temps d’ateliers et services périscolaires et à utiliser son image dans le cadre de communications institutionnelles ou à caractère informatif sans but commercial

⬜ Je n’autorise la ville de Capesterre Belle-Eau à photographier mon enfant

Je déclare exact, les renseignements ci-dessus

Capesterre Belle-Eau le…………………….

**Signature du Responsable légal**