



INSCRIPTION SCOLAIRE 2023/2024 - FLINS-SUR-SEINE

1

EN MAIRIE

Pièces à fournir (originaux) :

- Livret de famille et CNI des parents
- Carnet de santé et CNI de l'enfant
- Justificatif de domicile
(avis d'imposition, taxe d'habitation, ...)

SUR RENDEZ-VOUS UNIQUEMENT:

Merci de contacter
Emilie CHOUCOUTOU
01.30.95.71.19

Lundi	9h-12h / 14h-17h
Mardi	9h-12h / 14h-17h
Mercredi	9h-12h / 14h-17h30
Jeudi	9h-12h / 14h-17h

2

ÉCOLE MATERNELLE *

Charles Vauthier, 425 boulevard Extérieur

veuillez prendre RDV avec la directrice,

Mme VINCENT :
01.30.95.45.76

mardi :

09h00 à 16h30

lundi, jeudi, vendredi :

08h00 à 08h30

12h15 à 13h15

16h30 à 17h30

La présence de l'enfant est souhaitée lors de cet entretien.

Merci de vous munir :

- Livret de famille
- Carnet de santé de l'enfant

3

ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE

Roger Vassieux, 57 rue de l'Orme

veuillez prendre RDV avec la directrice,

Mme BARBIER :
01.30.95.75.29

La présence de l'enfant est souhaitée lors de cet entretien.

Merci de vous munir :

- Livret de famille
- Carnet de santé de l'enfant

3

CENTRE DE LOISIRS

Pour inscrire votre enfant, veuillez contacter

Mme CANARD au 01.30.95.53.28
avant le **vendredi 09 juin 2023**

Merci de vous munir :

- Carnet de santé de l'enfant

L'accueil périscolaire est de 07h00 à 09h00 et de 16h30 à 19h00 et le mercredi de 07h00 à 19h00.

Pendant les vacances scolaires : 07h00 à 19h00

CENTRE D'ACTIVITÉS

Pour inscrire votre enfant, veuillez contacter

Mme FROMAGE au 01.30.90.29.86
avant le **vendredi 09 juin 2023**

Merci de vous munir :

- Carnet de santé de l'enfant

L'accueil périscolaire est de 07h00 à 08h45 et de 16h45 à 19h00 et le mercredi de 07h00 à 19h00.

Pendant les vacances scolaires : 07h00 à 19h00

* La rentrée de septembre 2023 en petite section de maternelle, concerne uniquement les enfants nés en 2020



FICHE DE RENSEIGNEMENTS



ENFANT

CLASSE :

Sexe F G

NOM _____

Prénom(s) _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Votre enfant est-il assuré ? OUI NON

N° d'assurance _____

Numéro CAF obligatoire : _____

Restauration de votre enfant



Repas normal

Repas sans porc

Autres repas _____

PERE

Responsable légal : OUI NON

NOM _____

Prénom _____

Né le _____

Adresse _____

CP _____

Ville _____

Employeur _____

Profession _____

Portable _____

Professionnel _____

Domicile _____

Mail _____

MERE

Responsable légale : OUI NON

NOM _____

Prénom _____

Née le _____

Adresse _____

CP _____

Ville _____

Employeur _____

Profession _____

Portable _____

Professionnel _____

Domicile _____

Mail _____

Je soussigné(e) _____ déclare exact les renseignements ci-dessus.

DATE

SIGNATURE



FICHE SANITAIRE (1/2)

Autorisez-vous une intervention médicale ? _____

N° de sécurité sociale _____

Nom du médecin traitant _____

EN CAS D'ACCIDENT

Personne(s) à prévenir :

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

CARNET DE VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos					
Poliomyélite				R.O.R	
Ou DT Polio				Coqueluche	
Ou Tétracoq				BCG	
				PREVENAR	
Ou Pentavac				MONOTEST	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

1 - Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

La boîte de médicaments doit être dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

2 - Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBEOLE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	ANGINE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON
--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

SCARLATINE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	OTITE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

- ALLERGIES -

ASTHME <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	MEDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OUI NON	<u>Autres :</u>
-------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

Précisez la ou les cause(s) d'allergie(s) et la conduite à tenir, contre-indications ou toutes observations :



FICHE SANITAIRE (2/2)

3 - Les difficultés de santé de votre enfant : maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation.
Merci de préciser les dates et les précautions à prendre.

4 - Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

5 - Votre enfant porte-t-il des lentilles ? OUI NON

6 - Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives ? OUI NON

7 - Votre enfant porte-t-il des prothèses dentaires ? OUI NON

Ou autres : _____

8 - Votre enfant nage-t-il ? OUI NON

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE

SIGNATURE



FICHE SORTIES ET SECURITE



Autres personnes habilitées à venir chercher votre enfant :

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Nom _____ Prénom _____ Tél _____

Autorisation de filmer votre enfant ? * OUI NON

Autorisation de rentrer seul(e) ? OUI NON

Autorisation de transport en véhicule ? OUI NON

* Autorise l'école ou la commune de Flins-sur-Seine à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles pourrait apparaître mon enfant mineur, prises à l'occasion de manifestations organisées par l'École ou la commune de Flins-sur-Seine pour sa communication interne ou externe sur tous types de supports.

Je soussigné(e) _____ déclare exact les renseignements ci-dessus.

DATE

SIGNATURE



INSCRIPTION RESTAURANT SCOLAIRE

RENTÉE SCOLAIRE 2021/2022

Madame, Monsieur,

Pour la rentrée scolaire de septembre 2020, vous trouverez ci-joint, 2 grilles d'inscription :

- Une grille hebdomadaire pour la **fréquentation régulière** tout au long de l'année. (ex. : tous les lundis ou tous les jours de la semaine).
- Une grille annuelle pour la **fréquentation occasionnelle ou exceptionnelle**.

Attention, les inscriptions du mercredi, concernent **uniquement** les enfants inscrits aux centres de loisirs et d'activités le mercredi.

Les grilles sont à remettre en Mairie ou à la cantine **au plus tard le 12 août 2023**

Accueil mairie ou boîte aux lettres extérieure mairie ou cantine

Des fiches vierges d'inscription sont à votre disposition sur internet www.flinssurseine.fr, rubrique « cantine » ou sur le portail familles.

Le tarif contractuel est de **4,20 € € le repas**. Celui-ci est susceptible d'évoluer dans le courant de l'année.

En cas de modifications d'inscription à la cantine

Mme CORIZZI, responsable du restaurant scolaire, assurera une permanence téléphonique au

01.30.90.34.35

Du lundi au vendredi

08h00 à 10h00

Elle devra être avisée de toutes modifications (absence, inscription exceptionnelle, etc....),

au plus tard la veille du jour avant 10h00.

Tout repas commandé est à payer et l'annulation le jour même est irrecevable.

Pour cela, merci de prévenir le vendredi avant 10h00, pour les repas du lundi ou du mardi lorsque le lundi est férié.

Toutefois, il conviendra de valider votre modification par un écrit déposé dans une des boîtes aux lettres

(mairie ou cantine) ou par mail : cantine.ch.vauthier@mairiedeflins.fr

- Le paiement des repas de cantine se fera à terme échu, une facturation mensuelle vous sera envoyée par courrier à votre domicile.
- **Votre règlement devra être envoyé par courrier ou directement dans la boîte aux lettres de la mairie, à l'accueil de la mairie** ou en ligne sur le « **portail familles** ». Merci de demander un code d'accès à la mairie à accueil@mairiedeflins.fr ou accueil2@mairiedeflins.fr
- Tous les repas prévus, non modifiés (conformément à la demande d'inscription écrite) seront à régler (voir règlement de la cantine).



RESTAURATION SCOLAIRE (1/2)

FREQUENTATION REGULIERE

NOM _____ Prénom _____ CLASSE _____

REPAS NORMAL

REPAS SANS PORC

AUTRES _____

Merci de cocher les cases correspondantes :

LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
		*		

**Uniquement les enfants inscrits aux centres de loisirs ou d'activités le mercredi*

Je soussigné(e) _____ déclare exact les renseignements ci-dessus.

DATE

SIGNATURE



RESTAURATION SCOLAIRE (2/2)

FREQUENTATION OCCASIONNELLE

NOM _____ Prénom _____ CLASSE _____

REPAS NORMAL

REPAS SANS PORC

AUTRES _____

Merci de cocher les cases correspondantes :

SEPTEMBRE 2023				
L	M	ME*	J	V
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

OCTOBRE 2023				
L	M	ME*	J	V
2	3	4	5	6
9	10	11	12	13
16	17	18	19	20
23	24	25	26	27
30	31			

NOVEMBRE 2023				
L	M	ME*	J	V
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	

DECEMBRE 2023				
L	M	ME*	J	V
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

JANVIER 2024				
L	M	ME*	J	V
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31		

FEVRIER 2024				
L	M	ME*	J	V
			1	2
5	6	7	8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23
26	27	28	29	

MARS 2024				
L	M	ME*	J	V
				1
4	5	6	7	8
11	12	13	14	15
18	19	20	21	22
25	26	27	28	29

AVRIL 2024				
L	M	ME*	J	V
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30			

MAI 2024				
L	M	ME*	J	V
		1	2	3
6	7	8	9	10
13	14	15	16	17
20	21	22	23	24
27	28	29	30	31

JUIN 2024				
L	M	ME*	J	V
3	4	5	6	7
10	11	12	13	14
17	18	19	20	21
24	25	26	27	28

JUILLET 2024				
L	M	ME*	J	V
1	2	3	4	5
8	9	10	11	12
15	16	17	18	19
22	23	24	25	26
29	30	31		

AOÛT 2024				
L	M	ME*	J	V
			1	2
5	6	7	8	9
12	13	14	15	16
19	20	21	22	23
26	27	28	29	30

*Uniquement les enfants inscrits aux centres de loisirs ou d'activités le mercredi

Vacances Zone C

Jours fériés

Je soussigné(e) _____ déclare exact les renseignements ci-dessus.

DATE

SIGNATURE