



ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

DOSSIER D'INSCRIPTION

ÉCOLE PRIMAIRE SUZANNE LANOY : Tél : 03/66/43/00/09 mail : ce.0594487g@ac-lille.fr

Madame, Monsieur,

Pour inscrire votre ou vos enfants à l'école primaire Suzanne Lanoy pour l'année scolaire 2023/2024, vous trouverez ci-joint les documents à compléter et à retourner en mairie avant le vendredi 14 juin 2024 (délai de rigueur).

Si votre enfant a déjà été scolarisé dans une autre école, vous voudrez bien nous fournir une copie du certificat de radiation rédigé par son ancienne école.

Pour les enfants qui doivent prendre le bus (Ovillers, Amerval, Beaurain), pour obtenir un dossier, vous devez faire une demande par mail à l'adresse suivante :

https://transports.hautsdefrance.fr

ELEVE

Form fields for student information: Nom de famille, Sexe, Nom d'usage, Prénoms, Né(e) le, Lieu de naissance, Téléphone, Adresse Mail.

Documents obligatoires à fournir:

Table listing required documents: Copie du Livret de famille, Carte d'identité de l'enfant, Copie du Carnet de santé, Attestation d'assurance responsabilité civile 2024/2025, Attestation coefficient CAF.

Si Votre enfant a déjà été scolarisé :

Table for additional information: Un certificat de radiation scolaire si l'enfant a déjà été scolarisé dans une autre école. Adresse de l'ancienne école.

TOUT CHANGEMENT D'ADRESSE, DE TELEPHONE, DE SITUATION..... DOIVENT ÊTRE IMPERATIVEMENT SIGNALE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : _____ Prénom : _____ : Classe ou niveau: _____

REPRESENTANTS LEGAUX

Situation familiale : Célibataire Mariés Pacsés Divorcés Séparés Veuf (ve) Vie maritale

Responsable légal : PERE

Nom de Famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél mobile : _____ Tél domicile : _____ Tél travail : _____

Courriel : _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postal et courriel) aux associations de parents d'élève : oui non

Responsable légal : MERE

Nom de Famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél mobile : _____ Tél domicile : _____ Tél travail : _____

Courriel : _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postal et courriel) aux associations de parents d'élève : oui non

Tiers délégataire : **Assistante familiale** **Tuteur/Tutrice**

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales

Nom de Famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél mobile : _____ Tél domicile : _____ Tél travail : _____

Courriel : _____

J'accepte de communiquer mon adresse (postal et courriel) aux associations de parents d'élève : oui non

(* Ascendants/Fatrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfants/Autre lien (à préciser) ou Aide Social à l'Enfance (pour responsable morale)

AUTRES RESPONSABLES qui ont la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)
Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant

Lien avec l'élève (*) : _____

Nom de Famille : _____ Prénom : _____

Nom d'usage : _____

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél mobile : _____ Tél domicile : _____ Tél travail : _____

Courriel : _____

PERSONNES A CONTACTER (si différente des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*) : _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé (e) à venir chercher l'enfant

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Tél mobile : _____ Tél domicile : _____ Tél travail : _____

Lien avec l'élève (*) : _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé (e) à venir chercher l'enfant

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Tél mobile : _____ Tél domicile : _____ Tél travail : _____

Lien avec l'élève (*) : _____

A contacter en cas d'urgence Autorisé (e) à venir chercher l'enfant

Nom de famille : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Tél mobile : _____ Tél domicile : _____ Tél travail : _____

(*) Ascendants/Fatrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfants/Autre lien (à préciser) ou Aide Social à l'Enfance (pour responsable morale)

SERVICES PERISCOLAIRES (à compléter sur la fiche sanitaire)

Restaurant scolaire : Oui Non Mercredi Matin : Oui Non

Garderie du matin : Oui Non Transport scolaire : Oui Non

Garderie du Soir : Oui Non

Date :

Signature des représentants légaux :

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT (à compléter obligatoirement)

Nom-Prénom : _____ Classe : _____

Compagnie d'assurance/n°contrat : _____

N° Allocataire (CAF ou MSA): _____

* Votre enfant est-il allergique : oui non

Si oui, Précisez: _____

Nom du Médecin Traitant : _____ Tél : ____/____/____/____/____

L'équipe encadrant n'est pas habilitée à donner tout traitement médicamenteux (même avec certificat médical)

* **Votre enfant a-t-il :** Lunette : oui non Appareil Auditif : oui non

* **Autorisations :** Hospitalisation : oui non Droit au maquillage: oui non

Nous acceptons que notre enfant soit **photographié (e) ou filmé (e)** pendant les activités scolaires ou périscolaires pour l'année 2023/2024. **Autorisation de publication (journal, réseaux, Repère des Pirates, ville.....)**

Oui Non

Fréquentation de la restauration et des activités périscolaires

1. Inscription Restauration

	lundi	Mardi	Jeudi	vendredi
Accueil périscolaire matin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauration scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accueil périscolaire soir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Inscription du mercredi

Accueil du matin (7h15 à 9h)	Activité 1 de 9h à 10h30	Activité 2 de 10h30 à 12h
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transport scolaire (Bus)

Trajet Aller					Trajet Retour				
lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi
<input type="checkbox"/>									



Le lundi 2 septembre 2024, jour de la rentrée, inscrivez-vous votre enfant :
A la cantine au périscolaire du matin au périscolaire du soir

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document, m'engage à communiquer tout changement relatif à ces renseignements. J'autorise les responsables des activités à prendre les dispositions nécessaires en cas d'intervention médicale d'urgence (hospitalisation.....)

Reconnais également avoir pris connaissance du règlement intérieur relatif aux activités périscolaires et à la restauration scolaire conforme à la délibération du conseil municipal, déclare approuver son contenu et m'engage à m'y conformer.

Date et signature

Les représentants légaux (Le père et La mère)

l'assistante familiale