



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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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