

Demande d'aménagement du temps de présence à l'école maternelle pour un enfant soumis à l'obligation d'instruction et scolarisé en petite section

*La possibilité d'aménagement porte uniquement sur les heures de classe de l'après-midi.
Les modalités proposées prennent en compte le fonctionnement général de l'école, les horaires
d'entrée et de sortie des classes et son règlement intérieur.*

Nom de l'école : E.M. ANELIE II
Adresse : 40 rue de Masevaux RICHWILLER
Téléphone : 0389 550701

Directeur de l'école

Nom : MULLER - MANGEDON JEAN
Prénom : COCINE

Enfant concerné

Nom : **Prénom :**
Date de naissance :

Responsable(s) de l'enfant¹

Nom(s) :
Prénom(s) :
Adresse(s) :

1/ Aménagement demandé

Je soussigné (e) demande que l'enfant soit autorisé(e) à
être absent(e) de l'école pendant les jours de classes de l'après-midi cochés ci-dessous :

- Lundi
 Mardi
 Jeudi
 Vendredi

Date et signature du ou des responsables de l'enfant :

¹ Au regard de l'obligation scolaire, les personnes responsables sont les parents, le tuteur ou ceux qui ont la charge de l'enfant, soit qu'ils en assument la charge à la demande des parents, du tuteur ou d'une autorité compétente, soit qu'ils exercent sur lui, de façon continue, une autorité de fait (article L.131-4 du code de l'éducation).

2/ Avis du directeur de l'école sur la demande formulée ci-dessus

(émis après consultation des membres de l'équipe éducative)

Date de réception de la demande :

Avis favorable

Avis défavorable, pour les raisons suivantes :

.....

Date, signature et cachet du directeur de l'école :

3/ Décision de l'inspecteur de l'éducation nationale

Date de réception de la demande :

Avis favorable

Avis défavorable, pour les motifs suivants :

.....

Date, signature et cachet de l'inspecteur de l'éducation nationale :

4/ Suivi de la mise en œuvre de l'aménagement autorisé

L'équipe enseignante se réunit régulièrement durant l'année scolaire pour suivre la situation de tout enfant bénéficiant d'une autorisation d'aménagement de son temps de présence à l'école. Les parents peuvent éventuellement être invités à une équipe éducative. Un premier conseil de cycle est à prévoir dans le courant du premier trimestre suivant la date de début de la mise en œuvre de l'aménagement.

Date prévue pour la réunion de la première rencontre avec les parents : *

**peut être modifiée selon les disponibilités des participants ; à confirmer ultérieurement dans les délais habituels par le directeur de l'école*

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS / FICHE D'URGENCE

IMPORTANT : tout changement (situation familiale, adresse, n° de téléphone, santé...) devra être signalé le plus rapidement possible.

ÉLÈVE CONCERNÉ			
NOM : _____		Prénom(s) : _____ / _____ / _____	
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance : ____ / ____ / ____	A (commune + département) : _____	
Adresse : _____		Code postal : _____	Ville : _____

RESPONSABLES LÉGAUX			
Responsables légaux : il est important de renseigner les adresses des 2 responsables légaux pour la transmission des résultats scolaires et pour l'envoi des documents concernant les élections des représentants de parents d'élèves. Si l'un des deux parents n'exerce pas l'autorité parentale, joindre impérativement une copie du jugement.			
	PÈRE	MÈRE	AUTRE : tiers, famille d'accueil
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM			
Prénom			
Adresse			
Code postal			
Ville			
Tel. domicile			
Tel. mobile			
@ Courriel			
Profession			
Tel. travail			
Situation familiale			
Communication des adresses associations de parents d'élèves	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

INFORMATIONS FAMILIALES Frères et soeurs				
NOM				
Prénom				
Date de naissance				

AUTRES ADULTES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET / OU AUTORISÉS À PRENDRE L'ENFANT EN CHARGE (cocher la case si OUI)

LIENS	NOM	PRENOM	TELEPHONE
<input type="checkbox"/>			

INFORMATIONS MÉDICALES

Médecin traitant : _____ Ville : _____ Tel : _____ Numéro de Sécurité Sociale: _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ___ / ___ / _____ Asthme : OUI NON

Allergies : OUI NON ⇨ Si OUI, précisez : _____
 _____ Autres problèmes de santé :

Port de lunettes : OUI NON ⇨ Si OUI, précisez : EN PERMANENCE EN CLASSE

Autre prothèse : _____

AUTORISATION PARENTALE DE PRISES DE VUE (photographies)/ DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'enfant _____, autorise la publication de photographies :

1 – A l'intérieur de l'école (panneaux d'affichage en classe, dans les cahiers...)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2 – Pour la photographie de classe	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3 – Sur le site de l'école (toutemonannée.com)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4 – Dans des journaux locaux (Journal, Infos Richwiller)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Fait à _____, le ___ / ___ / _____

Signature des responsables légaux