



## INSCRIPTION SCOLAIRE 2018/2019

### PIECES OBLIGATIVES A FOURNIR

En cas de fratrie au sein d'une même école, les documents communs ne sont à fournir qu'en un seul exemplaire. Si tel est le cas préciser le nom de l'enfant dont le dossier est complet.

Nom .....

Prénom .....

- Copie du Justificatif de domicile de moins de 3 mois au nom du responsable légal (quittance de loyer, facture EDF, facture téléphone. Les avis d'impositions ne sont pas des justificatifs de domicile).
- Attestation CAF
- Copie intégrale du livret de famille ou acte de naissance avec filiation
- En cas d'adoption, de reconnaissance ou de changement du nom patronymique de l'enfant, fournir un justificatif légal.
- En cas de séparation ou de divorce des parents, photocopie du document mentionnant l'autorité parentale et la garde de l'enfant, si aucun jugement n'a été rendu une attestation conjointe avec copie des pièces d'identité des deux parents précisant les modalités de garde.
- Certificat de radiation
- Carnet de vaccination à jour
- Certificat d'aptitude à la vie en collectivité délivré par le médecin traitant pour toute première scolarisation (maternelle).
- Fiche sanitaire ci-jointe, complétée et dûment signée.
- Pour les enfants domiciliés dans une autre commune extérieure : dérogation dûment signée par la commune de résidence, à défaut le dossier sera rejeté.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE**



## MAIRIE DE DRAP

Partie réservée à l'administration

**Service Éducation**  
**Avenue du Général De Gaulle**  
**BP-37**  
**04.97.00.06.31**  
**Courriel : [ecole@ville-drap.fr](mailto:ecole@ville-drap.fr)**  
**Horaire d'ouverture au public**  
**8h30 à 12h et 13h30 à 17h**

Dossier reçu par : ..... Le : .....

Type d'inscription : .....

PAI

École d'affectation : .....

Classe : .....

### ANNEE SCOLAIRE 2018/2019 DOSSIER INSCRIPTION SCOLAIRE

#### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Lieu de naissance .....

Sexe : Féminin  Masculin  Nationalité .....

Adresse complète (si différente de celle de parents) .....

Votre enfant doit-il suivre un traitement médical à l'école ? Oui  Non

Votre enfant est-il atteint d'une intolérance alimentaire ? Oui  Non

Si oui, joindre un certificat médical du médecin traitant, sous pli fermé, à destination du médecin scolaire qui jugera de la recevabilité de la demande.

Ecole fréquentée pendant l'année scolaire 2016/2017 .....

..... Classe .....

Dossier à remettre dûment complété et signé accompagné des pièces obligatoires avant le 15 Juin 2018 auprès :

**Mairie Annexe de la Condamine de 8h30 à 12h et 13h30 à 17h**  
**Mairie Principale au Service Éducation de 8h30 à 12h et 13h30 à 17h.**

**Tout dossier déposé après cette date sera examiné  
en fonction des places disponibles**

## RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Pour un enfant en provenance d'une commune extérieure à Drap,  
l'inscription n'est définitive qu'après avis favorable de ladite commune  
de la résidence (voir dérogation jointe)

Toute modification en cours d'année (adresse, téléphones, situation familiale ou professionnelle...) devra impérativement être signalée à la Direction éducation.

### REPRÉSENTANT LÉGAL 1 PÈRE MÈRE TUTEUR

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Lieu de naissance .....  
Adresse complète .....  
Téléphone du domicile ..... Liste rouge  Portable .....  
Adresse mail .....  
Profession ..... Employeur ..... Tél. ....

### REPRÉSENTANT LÉGAL 2 PÈRE MÈRE TUTEUR

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... Lieu de naissance .....  
Adresse complète .....  
Téléphone du domicile ..... Liste rouge  Portable .....  
Adresse mail .....  
Profession ..... Employeur ..... Tél. ....

### RÉGIME ALLOCATAIRE DONT DÉPEND L'ENFANT

Nom de l'allocataire .....  
CAF des Alpes-Maritimes n° d'allocataire .....  
Autre régime allocataire :  régime mutuel social agricole (MSA)  
 aucun  
 autre (à préciser) .....

Toute personne autre que père, mère et tuteur de l'enfant ne doit figurer en tant que représentant légal,  
mais être impérativement notée dans les contacts.

### SITUATION FAMILIALE ACTUELLE

Marié(e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Vie maritale  PACS  Célibataire  Séparé(e)   
Garde alternée  Oui  Non

### FRÈRES ET SŒURS

Nom et prénom	Date de naissance	École fréquentée en 2017/2018

## AUTORISATION DE PUBLICATION ET DE DIFFUSION

de photographies, films, enregistrements d'enfants pris lors d'activités scolaires et périscolaires, de productions et d'œuvres originales d'enfants réalisées lors d'activités scolaires et périscolaires

Conformément à la loi, article 9 du Code civil sur le « droit à l'image et au son » et l'article 121-2 du Code de la propriété Intellectuelle.

**Autorise\*** l'utilisation et la publication des photographies, films, enregistrements sur lesquels mon enfant peut figurer.

**N'autorise pas\***

*\*Cocher la case correspondante (une seule case)*

Durée de la présente autorisation : année scolaire 2018/2019. (y compris les petites vacances et les vacances d'été)

Contrepartie : la présente autorisation de publication est consentie à titre gratuit.

### À remplir obligatoirement

**PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS À PRÉVENIR EN CAS D'ACCIDENT OU AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT** (une personne au minimum doit être obligatoirement désignée)

Nom, prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Téléphone	Portable	Je l'autorise	
				à être prévenu(e) en cas d'accident	à récupérer mon enfant
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Aucun contact		Signature :			

**En cas d'urgence, les pompiers seront appelés et l'enfant sera transporté au centre hospitalier de Nice**

Le signataire atteste que tous les renseignements portés sur le présent document sont exacts.

A ..... le .....

Le père

La mère

Le tuteur légal

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### SITUATION FAMILIALE

Parents : Mariés  Séparés  Divorcés  Concubins  Veufs(ves)

En cas de séparation, quel système de garde est mis en place ? :

.....  
(joindre une copie du jugement)

Profession de la mère : .....

Profession du père : .....

### SANTE

Votre enfant a-t-il un problème de santé ? (asthme, allergie ...)

OUI  NON

Si oui, lequel ?.....

Votre enfant avait-il un PAI l'an dernier ? OUI  NON

Votre enfant avait-il un PAP l'an dernier ? OUI  NON

Votre enfant avait-il un PPS l'an dernier ? OUI  NON

Votre enfant est-il suivi par un spécialiste de la santé (orthophoniste, psychologue....)?:

OUI  NON

Si oui,veuillez préciser :

Nom : .....

Jour et heure de rendez-vous (si suivi régulier) : .....

### SECURITE

Dans un souci de prévention des risques majeurs nécessitant le confinement des élèves dans l'école, acceptez-vous que vos numéros de téléphone soient transmis aux parents délégués de la classe de votre enfant afin qu'ils vous informent?

OUI  NON

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :