



Département des Alpes-Maritimes

Tél. : 04 93 60 58 73

Fax : 04 93 60 50 13

e-mail : compta@speracedes.fr

INSCRIPTION SCOLAIRE **2023/2024**

**DEPOT DES DOSSIERS
AVANT LE 05 MAI 2023**

PIECES A FOURNIR

- **Livret de famille**
-
- **Justificatif de domicile** (moins de 3 mois)
-
- **Carnet de vaccination + Certificat** d'aptitude à la vie en collectivité pour les petites sections.
-
- **Certificat de radiation** si l'enfant est déjà scolarisé dans un autre établissement.
-
- **Assurance** : RC + Individuelle accident obligatoire : copie à remettre à l'école.
-
- **Dérogation** délivrée par la commune de résidence (si l'enfant n'est pas domicilié à Spéracèdes)

**Tout dossier incomplet sera refusé
Le dépôt du dossier ne vaut pas inscription d'office.**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : **2019/2020**

Classe :

ELEVE

Nom : Nom d'usage : Sexe : M F

Prénom(s) :

Né(e) le :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

RESPONSABLES LEGAUX

Mère /Père NOM de jeune fille : Autorité parentale : Oui Non

NOM marital (nom d'usage) : Prénom :

Profession : Situation familiale(1) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

N° de poste : Courriel :

Père /Mère : Autorité parentale : Oui Non

NOM : Prénom :

Profession : Situation familiale (1) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail :

N° de poste : Courriel :

Autres responsables légaux (personne physique ou morale) : Autorité parentale : oui Non

Organisme.....

Fonction : Lien avec l'enfant :

Adresse :

Code postal : Tél. portable :

Courriel :

PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Code postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. travail : N° de poste :

NOM : Prénom : A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : Autorisé à prendre l'enfant
Code postal : Commune :
Tél. domicile : Tél. portable :
Tél. travail : N° de poste :

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité Civile : Oui Non Individuelle Accident : Oui Non
Compagnie d'assurance : Numéro de police d'assurance :
 Assurance : RC + Individuelle accident obligatoire : copie de l'attestation à remettre à l'école à la rentrée

RESTAURATION SCOLAIRE

☎ 04.93.60.58.73

Prix du repas : 3.80 €

Souhaitez-vous bénéficier de ce service Oui Non

Votre enfant mangera TOUS LES JOURS à compter de la rentrée

Autre date à préciser ____/____/____/

Ou merci de préciser les jours fixes de cantine LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.) (Si enfant atteint d'une maladie chronique, d'allergie ou intolérance alimentaire)

OUI NON Nature du protocole : _____

AUTORISATION (à remplir par les 2 parents en cas d'adresse différente) (ne cocher qu'en cas de refus)

Mère : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans la cadre des activités scolaires
Père : Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves
 Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans la cadre des activités scolaires

Nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche

Date :

Signature de la mère :

Signature du père :