

Ecole Elémentaire :   
04.95.57.81.29  
07.57.45.94.98  
ec-el-migliacciaro@ac-corse.fr

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
SCOLAIRE/PERISCOLAIRE**



TEL 04.95.56.51.10 07.57.48.44.39  
@: affaires-scolaires@prunellidifiumorbu.fr

Ecole Maternelle :   
04.95.56.27.83  
07.57.45.94.97  
ec-mat-fiumorbo@ac-corse.fr

Niveau : .....

Année scolaire 2024-2025

**ÉLÈVE**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
NOM d'usage : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (commune et département) (1) : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**Mère** NOM de jeune fille : \_\_\_\_\_ Autorité parentale : Oui  Non   
NOM marital (nom d'usage) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui  Non

**Père** Autorité parentale : Oui  Non   
NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_ Situation familiale (2) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_ Numéro de poste : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui  Non

**Autre responsable légal** (personne physique ou morale)

Autorité parentale : Oui  Non

Organisme : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

(1) Pays si hors de France

(2) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

\* Responsables légaux : Il est important de renseigner le document concernant les deux responsables légaux pour : La transmission des résultats scolaires(circulaire n°94-149 du 13/04/1994). Les élections des représentants des parents d'élèves : chaque parent est désormais électeur et éligible (note de service n°2004-104 du 25/06/2004).

**PERSONNES A APPELER EN CAS D'URGENCE/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

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Numéro de poste : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

A appeler en cas d'urgence

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Autorisé à prendre l'enfant

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Numéro de poste : \_\_\_\_\_

**INFORMATIONS PERISCOLAIRES**

Garderie matin : Oui  Non

Garderie soir : Oui  Non

Transport Scolaire : Oui  Non  Nom du transporteur : \_\_\_\_\_

Cantine : Oui  Non  Déplacement domicile - école : Seul  Accompagné

*Je m'engage à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.*

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la Mère : \_\_\_\_\_

Signature du Père \_\_\_\_\_

FRERES ET SOEURS	NOMS	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE

**PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE :**

**POUR LES ENFANTS DEJA SCOLARISES DANS L'ECOLE**

- Assurance scolaire / extrascolaire ;
- Copie du carnet de vaccinations à jour

**POUR LES NOUVEAUX ARRIVANTS DANS LA COMMUNE ET TOUS LES CP**

- Assurance scolaire / extrascolaire ;
  - Copie du carnet de vaccination à jour ;
  - Livret de famille
- Justificatif de domicile ;  
Pièces d'identité des parents.

## INSCRIPTION TEMPS D'ACTIVITE PERISCOLAIRE

Toute demande d'inscription ne sera prise en compte qu'après réception du dossier complet en mairie

ALSH       CANTINE       GARDERIE

## INSCRIPTION ACCUEIL PERISCOLAIRE (GARDERIE)

LUNDI	MATIN 7H30-8H30	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SOIR 16H15-18H00	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
MARDI	MATIN 7H30--8H30	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SOIR 16H15-18H00	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
JEUDI	MATIN 7H30- 8H30	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SOIR 16H15-18H00	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
VENDREDI	MATIN 7H30-8H30	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SOIR 16H15-18H00	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## INSCRIPTION CENTRE AERE (ALSH)

### A PARTIR DE 3 ANS ET DEMI REVOLUS

Toute demande d'inscription ne sera prise en compte qu'après une réservation sur le portail famille soit une demande en mairie

ALSH MERCREDI JOURNEE 07H30-12H00 14H00-18H00	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ALSH VACANCES 07H30-12H00/14H-18H00	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
CANTINE MERCREDI & ALSH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ALSH VACANCES ETE	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

## INSCRIPTION CANTINE SCOLAIRE

Toute demande d'inscription ne sera prise en compte après dépôt de dossier et réservations au préalable en mairie

CANTINE      Oui       Non

### ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile :      Oui       Non       Individuelle Accident :      Oui       Non

Compagnie d'assurance :      Numéro de police d'assurance :

Les parents s'engagent à signaler en mairie tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : \_\_\_\_\_

Signature de la mère :

Signature du père :

Avis du maire :

### PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE AU PRESENT DOSSIER POUR LES ENFANTS ACCUEILLIS AUX ACTIVITES PERISCOLAIRES :

- Carnet de santé de l'enfant à jour des vaccins ;
- Livret de famille ;
- Assurance scolaire/ extrascolaire ;
- Justificatif de domicile ;
- Attestation de l'employeur certifiant que vos horaires ne vous permettent pas de déposer/récupérer votre enfant aux horaires d'enseignement scolaire ;
- Pièce d'identité des parents.
- Attestation CAF (si le Quotient est inférieur ou égal à 650)

### DOSSIER (GARDERIE) : PIECES FACULTATIVES A JOINDRE

- Copie de l'inscription au transport scolaire du Conseil Général de la Haute-Corse.

Je certifie en outre avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'accueil périscolaire-cantine et du centre de loisirs.

## Fiche d'urgence à l'intention des parents\*

Nom de l'établissement..... Année scolaire : .....

Nom.....Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile.....
2. N° du travail du père : ..... Poste :
3. N° du travail de la mère : ..... Poste :
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.  
Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....  
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...).....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

---

\*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.  
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement (coordonnées jointes)