

**MERCI DE PRECISER SI VOUS ETES CONCERNE-E-S PAR :**

- Une première inscription dans une école de Château-Renault
- Une inscription en classe de CP

**INFORMATIONS DU PARENT 01-DESTINATAIRE DE LA FACTURE**

NOM / Prénom :  Date de naissance :

Adresse :

Tél fixe :  Tél portable :  Tél professionnel :

E-mail :

**INFORMATIONS DU PARENT 02**

NOM / Prénom :  Date de naissance :

Adresse :

Tél fixe :  Tél portable :  Tél professionnel :

E-mail :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

Numéro Allocataire CAF :  N° de police d'assurance RC :

Numéro de sécurité sociale d'affiliation des enfants du foyer :

Autorise l'utilisation des images de mon enfant pour les publications de la Ville de Château-Renault

Autorise à laisser partir seul mon enfant âgé de plus de 10 ans pour les accueils périscolaires

**Autres personnes majeures à contacter en cas de nécessité et/ou autorisées à prendre en charge les enfants du foyer**

NOM / Prénom :  Téléphone :

NOM / Prénom :  Téléphone :

NOM / Prénom :  Téléphone :

## INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 01

NOM / Prénom :  Date de naissance :

Sexe (M OU F) :  École :  Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical  OUI (PAI à compléter)  NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie :  Tétanos :  Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B :  Rubéoles Oreillons Rougeole :  Coqueluche :  BCG :

Maladies contractées :

Varicelle  Angine  Scarlatine  Rubéole  Rhumatisme articulaire  Coqueluche  Otite

Rougeole  Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

## INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 02

NOM / Prénom :  Date de naissance :

Sexe (M OU F) :  École :  Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical  OUI (PAI à compléter)  NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie :  Tétanos :  Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B :  Rubéoles Oreillons Rougeole :  Coqueluche :  BCG :

Maladies contractées :

Varicelle  Angine  Scarlatine  Rubéole  Rhumatisme articulaire  Coqueluche  Otite

Rougeole  Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

## INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 03

NOM / Prénom :  Date de naissance :

Sexe (M OU F)  Ecole :  Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical:  OUI (PAI à compléter)  NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie :  Tétanos :  Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B :  Rubéoles Oreillons Rougeole :  Coqueluche :  BCG :

Maladies contractées :

Varicelle  Angine  Scarlatine  Rubéole  Rhumatisme articulaire  Coqueluche  Otite

Rougeole  Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

## INFORMATIONS AU SUJET DE L'ENFANT 04

NOM / Prénom :  Date de naissance :

Sexe (M OU F) :  Ecole :  Classe :

Besoins en accueil périscolaire : Périscolaire matin et/ou soir

Restauration scolaire

L'enfant suit-il un traitement médical :  OUI (PAI à compléter)  NON

Dates des vaccinations :

Diphtérie :  Tétanos :  Poliomyélite ou DT POLIO ou Tetracoq :

Hépatite B :  Rubéoles Oreillons Rougeole :  Coqueluche :  BCG :

Maladies contractées :

Varicelle  Angine  Scarlatine  Rubéole  Rhumatisme articulaire  Coqueluche  Otite

Rougeole  Oreillons

Recommandations :

Allergies :

Alimentaires :

Autres recommandations (lunettes, lentilles, prothèses auditives, prothèses dentaires) :

**Documents à fournir :**

- Photocopie des pièces d'identité RECTO/VERSO des responsables légaux
- Photocopie des pages « responsables légaux » et « enfants » du livret de famille
- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois
- Dans le cadre d'une séparation, copie du jugement qui définit les modalités de garde
- Photocopie des deux pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant

Je soussigné-e-s

certifie-nt la sincérité des renseignements mentionnés sur le présent dossier d'information, déclare-nt avoir pris connaissance et m'engage-nt à respecter et faire respecter le règlement de fonctionnement de de l'accueil périscolaire et de l'école, m'engage-nt à signaler tout changement, m'engage-nt à fournir toutes les pièces demandées, déclare-nt avoir pris connaissance des tarifs des accueils périscolaires, et autorise-nt les agents municipaux à accueillir mes enfants et à les faire hospitaliser en cas de nécessité.

Date :

Signature (NOM-Prénom) :

Date :

Signature (NOM-Prénom) :

**MERCI DE RETOURNER LE DOSSIER COMPLET A :**

➔ Espace Saint-Exupéry (anciennement L'élan Coluche)  
1, place de la Liberté - 37110 Château-Renault

➔ Ou par mail à [scolaire@ville-chateau-renault.fr](mailto:scolaire@ville-chateau-renault.fr)

➔ Tél. 02 47 29 61 47