



DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE/PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

DOCUMENTS A FOURNIR

SCOLAIRE

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | Le dossier d'inscription unique complété, daté et signé. |
| ☒ | ☒ | Jugement si parents séparés (décision de justice fixant les modalités de garde ou une déclaration conjointe signée des 2 parents). |
| ☒ | ☒ | Attestation d'assurance scolaire / responsabilité civile. |
| ☒ | ☒ | Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) pour les enfants concernés présentant des allergies reconnues ou des suivis médicaux particuliers. |
| ☒ | ☒ | Justificatif de domicile de moins de 3 mois (copie d'une quittance de loyer, une facture d'électricité, d'eau, de gaz ou une assurance habitation.
<i>Si hébergé : fournir une attestation sur l'honneur ainsi qu'un justificatif de domicile de l'hébergeant.</i>) |
| ☒ | | Livret de famille complet : Parents + tous les enfants à charge <u>ou</u> acte de naissance. |
| ☒ | | Certificat de radiation OBLIGATOIRE (nouveaux arrivants déjà scolarisés). |
| | ☒ | Le numéro allocataire « CAF » <u>ou</u> une photocopie des avis d'imposition 2025 (sur les revenus 2024). |
| ☒ | ☒ | Attestation de droits « Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ». |
| ☒ | ☒ | Carnet de santé (vaccins en vigueur à jour). |

UNIQUEMENT POUR LE PERISCOLAIRE ET L' EXTRASCOLAIRE

Le dossier complet est à rendre en main propre au bureau du Pôle Famille aux horaires d'ouverture de celui-ci :

MAIRIE - PÔLE FAMILLE

PLACE DE L'HOTEL DE VILLE

03150 VARENNES-SUR-ALLIER

04.70.47.72.05

LUNDI : 8H30 - 12H00 / 13H30 - 17H30

MERCREDI : 8H30 - 12H00 / 13H30 - 17H30

JEUDI : 8H30 - 12H00

Ou bien encore par mail à l'adresse suivante : enfancevarennnes@gmail.com.

CONTACT ECOLES

ECOLE MATERNELLE « II ERABLES » :

Directrice : MME JALLET Mélanie

04.70.45.20.04

ECOLE MATERNELLE « IV VENTS » :

Directrice : Mme GIRAUD Guylaine

04.70.45.10.84

ECOLE ELEMENTAIRE « GEORGE SAND » : Directrice : MME DUCHER Béatrice

04.70.45.05.09

IMPORTANT : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ACCEPTE !

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE/PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Cadre réservé à l'administration

Etablissement scolaire précédemment fréquenté :

Année scolaire 20..... / 20..... Etablissement scolaire :

Niveau : Classe :

ENFANT

Nom de famille : Sexe : F M

Nom d'usage :

Prénom(s) : / /

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié ☐ pacsé ☐ séparé ☐ divorcé ☐ veuf/veuve ☐ en concubinage

En cas de séparation, existe-t-il un jugement ? Oui ☐ Non ☐

Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Né(e) le : / / Lieu de naissance :

Profession :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

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

Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Né(e) le : / / Lieu de naissance :

Profession :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

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

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) :

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage : Né(e) le : / / Lieu de naissance :

Organisme :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : Oui Non

Tél. mobile : Tél. domicile : Tél. travail :

Courriel :

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

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral).

Nous acceptons :

- que notre enfant soit **photographié(e) ou filmé(e)** pendant les activités scolaires, périscolaires et extra-scolaires
Oui ☐ Non ☐
- **l'utilisation de l'image** de mon enfant sur les supports de communication de l'école et la commune (page officielle de la ville sur le réseau social « Facebook », le site www.varennnes-sur-allier.fr, le journal « La Montagne », le bulletin municipal, etc.).
Oui ☐ Non ☐

AUTRE RESPONSABLE qui a la charge effective de l'élève (personne physique ou morale)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales, le cas échéant.

Lien avec l'élève (*) :

Nom de famille : **Prénom :**

Nom d'usage : **Organisme :**

Né(e) le : / / **Lieu de naissance (commune et département) :**

Adresse :

Code postal : **Commune :**

L'élève habite à cette adresse : Oui ☐ Non ☐

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Courriel :

PERSONNES À CONTACTER (si différentes des personnes déjà indiquées)

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence ☐ **Autorisé(e) à venir chercher l'élève** ☐

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence ☐ **Autorisé(e) à venir chercher l'élève** ☐

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence ☐ **Autorisé(e) à venir chercher l'élève** ☐

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence ☐ **Autorisé(e) à venir chercher l'élève** ☐

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Lien avec l'élève (*) :

À contacter en cas d'urgence ☐ **Autorisé(e) à venir chercher l'élève** ☐

Nom de famille : **Nom d'usage :** **Prénom :**

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

(*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral).

SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire : Oui ☐ Non ☐ **Transport scolaire :** Oui ☐ Non ☐

Accueil périscolaire « matin » : Oui ☐ Non ☐ **Accueil périscolaire « soir » :** Oui ☐ Non ☐

Date : / / 20.....

Signature des représentants légaux :

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE/PERISCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE

FICHE DE LIAISON

Régime : ☐ général Autre (MSA, etc.) précisez :

Nom de l'allocataire CAF : Numéro :

Responsable à facturer :

	Accueil de loisirs péri et extrascolaire	Restaurant scolaire	Demande de prélèvement automatique
Semaine paire	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	☐ Oui ☐ Non
Semaine impaire	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur	☐ Oui ☐ Non

Bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, merci de fournir une photocopie de l'attestation de droits.

J'autorise mon enfant à partir seul à la fin des temps périscolaires et extrascolaires :

☐ OUI ☐ NON HEURE :

FICHE SANITAIRE

Vaccin obligatoire : Date du dernier rappel DTP :/...../.....

Votre enfant présente-t-il une allergie :

☐ Médicamenteuse ☐ Alimentaire ☐ Asthme ☐ Autre :

Cause de l'allergie et conduite à tenir :
.....
.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI : ☐ Oui ☐ Non

En cas de PAI, merci de fournir le protocole renseigné par le médecin et 2 trousse de médicaments (école, restauration / accueil de loisirs). Sans ces derniers et par mesure de sécurité, votre enfant ne sera pas accepté au sein de nos services.

Présente-t-il des difficultés de santé autres (maladie, accident, crises convulsives, opération, etc.), difficultés d'apprentissage (langage, neurologique, motrice, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Veuillez préciser :
.....
.....

Régime alimentaire : ☐ sans porc ☐ sans viande ☐ panier repas (PAI)

L'enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. ?

Précisez :
.....

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nous soussignés, **M. / Mme**

M. / Mme

DECHARGE MEDICALE

☐ **Autorisons**, ☐ **Refusons** les responsables des structures municipales à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention d'urgence, etc.).

TRANSPORTS

Autorisons mon enfant à être transporté par un véhicule de service (bus, minibus) ou à pied dans le cadre de déplacements quotidiens ou spécifiques (sortie pédagogiques...).

REGLEMENTS INTERIEUR

Attestons avoir pris connaissance du règlement intérieur du restaurant scolaire, de l'accueil de loisirs péri et extrascolaire et nous engageons à les respecter.

Les règlements sont consultables sur le site www.varennnes-sur-allier.fr ou sur demande auprès du Pôle Famille.

TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Attestons l'exactitude des renseignements indiqués et nous engageons à signaler au Pôle Famille de la mairie de Varennes-sur-Allier tout changement dans la situation de l'enfant au cours de sa scolarité.

Acceptons que la Commune de Varennes-sur-Allier, collecte, enregistre et traite les données à caractère personnel que je viens de renseigner dans ce formulaire, ou dans les documents remis.

Autorisons le Pôle Famille à transmettre à l'éducation nationale toutes les données nécessaires me concernant et concernant mon enfant.

Vos informations personnelles seront conservées aussi longtemps que nécessaire jusqu'à ce que votre enfant ne soit plus soumis à l'obligation scolaire sauf si :

- *Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant.*
- *Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.*

Fait à, le / /

Signature des responsables légaux :