

Dossier d'inscription à l'école

Année 201

Cadre réservé à l'administration		
<input type="checkbox"/> Maternelle	<input type="checkbox"/> Élémentaire	Classe :
<input type="checkbox"/> Laoü	<input type="checkbox"/> Victor Hugo	<input type="checkbox"/> Paul Fort / Les prés
Pièces à fournir		
<input type="checkbox"/> Livret de famille	<input type="checkbox"/> Justificatif de domicile	<input type="checkbox"/> Carnet de santé
<input type="checkbox"/> Jugement de divorce	<input type="checkbox"/> Autre	
Dossier validé		Saisie Agora
Courrier		Traité par

La demande d'inscription d'un enfant dans un établissement scolaire est un acte usuel, au sens des dispositions de l'article 372-2 du code civil selon lesquelles « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel de l'autorité parentale relativement à la personne à l'enfant ». Les données collectées dans ce formulaire seront traitées par le service Affaires scolaires. Elles serviront à créer le « Compte famille » dans le logiciel de gestion périscolaire Agora Plus et dans lequel elles seront conservées jusqu'à la fin de la scolarité du ou des enfants. En conformité avec le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), l'utilisateur dispose d'un droit d'accès à ses informations, de rectification et de suppression.

Responsable légal 1

<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom d'usage		Né(e) le	
Nom de naissance		Prénom	
<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Pacsé	<input type="checkbox"/> Union libre	<input type="checkbox"/> Divorcé
<input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf	
Adresse complète			
Code postal		Ville	
Téléphone		Téléphone	
Adresse e-mail			
La ville de Lescar utilisera mes coordonnées dans un but d'information dans le cadre des affaires scolaires et périscolaires.			
<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre :	
N° d'allocataire			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Responsable légal 2

<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom d'usage		Né(e) le	
Nom de naissance		Prénom	
<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Pacsé	<input type="checkbox"/> Union libre	<input type="checkbox"/> Divorcé
<input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf	
Adresse complète			
Code postal		Ville	
Téléphone		Téléphone	
Adresse e-mail			
La ville de Lescar utilisera mes coordonnées dans un but d'information dans le cadre des affaires scolaires et périscolaires.			
<input type="checkbox"/> CAF	<input type="checkbox"/> MSA	<input type="checkbox"/> Autre :	
N° d'allocataire			
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

1^{er} enfant à scolariser

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Scolarité suivie en 201_ / 201_ en classe de			
Demande d'inscription en classe de			
Date d'arrivée en cours d'année			
Observations			

Inscriptions

	Garderie	Cantine
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problème de santé)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Végétarien annuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Végétarien ponctuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médecin traitant

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation J'autorise tout médecin, le cas échéant, à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant mineur.	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
---	--

Vaccination

BCG - Monotest	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
DTCoq, Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Méningite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
ROR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Maladies contractées			

Allergies

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse
Préciser la cause et la conduite à tenir		

Difficulté de santé

Recommandations utiles	
------------------------	--

2^e enfant à scolariser

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Scolarité suivie en 201_ / 201_ en classe de			
Demande d'inscription en classe de			
Date d'arrivée en cours d'année			
Observations			

Inscriptions

	Garderie	Cantine
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problème de santé)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Végétarien annuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Végétarien ponctuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médecin traitant

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation J'autorise tout médecin, le cas échéant, à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant mineur.	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
---	--

Vaccination

BCG - Monotest	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
DTCoq, Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Méningite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
ROR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Maladies contractées			

Allergies

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse
Préciser la cause et la conduite à tenir		

Difficulté de santé

Recommandations utiles	
------------------------	--

Personnes autorisées à récupérer l'enfant en dehors des parents

Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	

Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	

Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	

Nom		Prénom	
Téléphone		Qualité	

Droit à l'image

Nous soussignés (Prénom Nom du parent)	
Et (Prénom Nom du parent)	

☐ Donnons à la Ville de Lescar l'autorisation de fixer, reproduire et diffuser l'image de mon enfant mineur, en tout ou partie, en nombre illimité et à titre gracieux, sur tous les supports de communication et d'information actuels à venir pour une durée ne pouvant pas excéder deux ans.

Note : La légende des photographies ne pourra pas porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne. Les images ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages sans votre accord préalable.
L'autorisation ne sera valable qu'à signature des deux parents

Fait à	Le
Mentions « Lu et approuvé »	Mentions « Lu et approuvé »
Signature du père	Signature de la mère

☐ J'ai pris connaissance du règlement de fonctionnement de la commune de Lescar et m'engage à le respecter.

A Lescar le

Signature

3^e enfant à scolariser

Nom de famille		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
Scolarité suivie en 201_ / 201_ en classe de			
Demande d'inscription en classe de			
Date d'arrivée en cours d'année			
Observations			

Inscriptions

	Garderie	Cantine
Lundi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Soir	<input type="checkbox"/>
PAI (Projet d'Accueil Individualisé si allergies ou problème de santé)		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Végétarien annuel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Végétarien ponctuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Médecin traitant

Nom		Téléphone	
-----	--	-----------	--

Hospitalisation

Autorisation d'hospitalisation J'autorise tout médecin, le cas échéant, à faire pratiquer toute opération chirurgicale en cas d'urgence et à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant mineur.	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
---	--

Vaccination

BCG - Monotest	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
DTCQq, Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Méningite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
ROR	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date du dernier rappel	
Maladies contractées			

Allergies

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Alimentaire	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse
Préciser la cause et la conduite à tenir		

Difficulté de santé

Recommandations utiles	
------------------------	--