

VILLE DE PORT-DE-BOUC  
**FICHE**  
**D'INSCRIPTION**  
aux Études Dirigées

Service des Affaires  
Scolaires  
Tel : 04.42.40.65.81  
**2019/2020**

*JE DEMANDE L'INSCRIPTION DE MON ENFANT  
AUX ÉTUDES DIRIGÉES*

*Je fournis une copie de l'attestation d'assurance Responsabilité Civile pour l'année 2019/2020  
( soit assurance RC de la famille précisant l'identité des enfants - soit l'assurance scolaire )*

*et*

*Je coche les jours que je demande.....*

*J'ai noté que le service des affaires scolaires m'informera plus tard des jours acceptés.*

*Car la répartition définitive des enfants  
sera effectuée en fonction du nombre d'inscrits*

**PÉRIODE DE SEPTEMBRE à DÉCEMBRE 2019**

vous demandez que votre enfant fréquente les Études Dirigées :

LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

**PÉRIODE DE JANVIER à AVRIL 2020**

vous demandez que votre enfant fréquente les Études Dirigées :

LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

**PÉRIODE DE MAI à JUIN 2020**

vous demandez que votre enfant fréquente les Études Dirigées :

LUNDI     MARDI     JEUDI     VENDREDI

Nom/Prénom du Responsable légal qui signe la réservation :

.....  
A : ..... le : .....

Signature : .....

	<b>VILLE DE PORT-DE-BOUC</b> <b>ADULTES</b> <b>HABILITÉS</b> <b>Études Dirigées</b>	<b>Service des Affaires</b> <b>Scolaires</b> <b>Tel : 04.42.40.65.81</b> <b>2019/2020</b>
--	--	--

Famille n° : .....

***MON ENFANT EST INSCRIT AUX ÉTUDES DIRIGÉES***  
***IL NE PART PAS SEUL À 18H00***

Je soussigné(e), ..... le responsable légal,  
agissant en accord avec la personne conjointement responsable du (des) enfant (s) :  
**Nom** : ..... **Prénom** : .....

déclare que les parents ou personnes majeures habilitées viennent le (les) chercher  
à l'école à 18h00. (Photocopie d'identité des adultes concernés, à joindre à ce dossier).

Noms et N° Tél. des Personnes Habilitées, à récupérer les enfants :

.....  
.....  
.....

A Port de Bouc, le : ..... Signature : .....



	<b>VILLE DE PORT-DE-BOUC</b> <b>ADULTES</b> <b>HABILITÉS</b> <b>Études Dirigées</b>	<b>Service des Affaires</b> <b>Scolaires</b> <b>Tel : 04.42.40.65.81</b> <b>2019/2020</b>
---	--	--

Famille n° : .....

***MON ENFANT EST INSCRIT AUX ÉTUDES DIRIGÉES***  
***IL PART SEUL À 18H00***

Je soussigné(e), ..... le responsable légal,  
agissant en accord avec la personne conjointement responsable du (des) enfant (s) :  
**Nom** : ..... **Prénom** : .....

Atteste que l'(les) enfant(s) partira seul de l'école à 18h00, et déclare dégager de toute  
responsabilité à partir de cette heure, les organisateurs des Études Dirigées

A Port de Bouc, le : ..... Signature : .....



VILLE DE PORT-DE-BOUC  
**FICHE D'INSCRIPTION**  
**FICHE SANITAIRE**  
**Études Dirigées**

Service des Affaires  
Scolaires  
Tel : 04.42.40.65.81  
**2019/2020**

**Renseignements relatifs à l'enfant**

**N° Famille : .....**

Nom de l'enfant		Établissement fréquenté en 2019 / 2020
Prénom de l'enfant		
Date de naissance	Fille : <input type="checkbox"/>	Classe fréquentée en 2019/2020 - Enseignant
	Garçon : <input type="checkbox"/>	
Adresse		

**Renseignements relatifs aux adultes de la famille actuelle**

	Responsable légal 1	Responsable légal 2
Nom et Prénom		
Qualité	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre : .....
Date de naissance		
N° tél. domicile		
N° tél. mobile		
<b>Adresse courrier électronique</b>	.....	.....

**Renseignements relatifs au père ou à la mère**  
**Si différent des personnes ci-dessus**

Nom et Prénom		Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Date de naissance		Adresse courrier électronique
N° tél. domicile		N° tél. mobile
<input type="checkbox"/> divorcés <input type="checkbox"/> séparés	préciser qui a la garde des enfants : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur préciser qui exerce l'autorité parentale: <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur s'agit-il d'une garde alternée ? : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si divorce, fournir une décision de justice, si séparation, une autorisation de l'autre parent.	

**personnes à contacter en cas d'urgence (autre que parents)**

Nom Prénom		Téléphone	Téléphone portable

## Renseignements médicaux concernant l'enfant

<b>Allergies Alimentaires</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<b>Si oui, lesquelles :</b>
<b>Autres Allergies</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<b>Si oui lesquelles :</b>
<b>Autres informations utiles :</b>			

Dans le cas où vous déclarez que votre enfant présente une allergie, **vous devez fournir un certificat médical**

- précisant qu'il n'est pas nécessaire de prévoir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)
- **ou, au contraire**, précisant qu'il est nécessaire de prévoir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et indiquant le protocole d'urgence à suivre, accompagné des médicaments et de l'ordonnance permettant de connaître la posologie qui sera suivie en cas d'urgence pendant l'accueil de votre enfant.

**Si un PAI a été rédigé pour la restauration scolaire de l'année 2018/2019, il sera valable pour l'activité Études Dirigées Une copie doit être jointe à ce dossier**

### Indiquez ci-après :

Les éventuelles difficultés de santé à connaître pour gérer en toute sécurité le temps périscolaire de votre enfant, en précisant les précautions à prendre.

.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc,... ? précisez

.....

### Autorisation

Je soussigné(e).....le Responsable Légal 1, agissant en accord avec le Responsable Légal 2 de l'enfant .....déclare exacts les renseignements inscrits sur cette fiche, y compris les numéros de téléphone que je m'engage à actualiser chaque fois que cela sera nécessaire, et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant

J'autorise la Ville de Port de Bouc à photographier mon enfant lors des activités et à utiliser les clichés dans les supports de communication, de la ville, de la Caisse des Écoles ou autre.

oui  non

J'autorise la Ville de Port de Bouc à utiliser les numéros de téléphone et/ou adresse courrier et mail figurant sur ce document.

oui  non

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des Études Dirigées

Fait à PORT de BOUC le,

Signature

Conformément au RGPD (Règlement Général de la Protection des Données), pour toute communication ou rectification des informations vous concernant, le service des affaires scolaires de la commune de Port de Bouc vous renseignera par téléphone au 04 42 40 65 81 ou dans un délai de 15 jours pour une demande écrite.