

MAIRIE DE SIGNES - 83870

TEL 04.94.25.30.96

**CERTIFICAT  
D'INSCRIPTION  
École Maternelle**

**ANNEE SCOLAIRE 2021/2022**



**ENFANT**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

Nouvel arrivant : OUI – NON

Frère ou sœur scolarisé (e) : OUI - NON

Établissement :

Fait à Signes, le :

Signature des parents :

**RESPONSABLE**

NOM :

Prénom :

Adresse :

☎ Dom :

☎ Travail :

☎ Portable :

Cachet et Signature :

Pour le MAIRE



**INSCRIPTION**  
**ECOLE MATERNELLE**  
**ANNEE SCOLAIRE 2021/2022**

**LES FAMILLES DONT LES ENFANTS :**

- sont nés en **2018**(1<sup>ère</sup> années de maternelle),

**DEVRONT SE PRESENTER EN MAIRIE MUNIES DES JUSTIFICATIFS SUIVANTS (UN DOSSIER A CONSTITUER PAR ENFANT) :**

- Photocopie d'un **justificatif de domicile** de moins de 3 mois (quittance EDF ou Téléphone),
- Photocopie du **livret de famille** complet,
- Photocopie des quatre pages de **vaccinations obligatoires** du carnet de santé (DT Polio). Si l'enfant n'a pas été vacciné, fournir un certificat médical de contre-indication pour chaque vaccin,
- **En cas de séparation ou de divorce**, la photocopie de la **décision de justice** mentionnant le domicile habituel de l'enfant,
- **En instance de divorce** (en l'absence de jugement provisoire), **autorisation écrite de l'autre parent** de scolariser son ou ses enfants dans une école publique de la commune de Signes,
- **Certificat de radiation** pour les enfants déjà scolarisés arrivant sur la commune

**Pour les familles hébergées :**

- Photocopie d'un **justificatif de domicile** de moins de 3 mois de la personne qui héberge,
- **Certificat d'hébergement** sur papier libre (attestation sur l'honneur),

## **INFORMATIONS ANNEXES**

### **TRANSPORT SCOLAIRE :**

*Inscription sur le site Communauté d'agglomération sud saint baume.com*

### **RESTAURANT SCOLAIRE :**

*Inscription obligatoire sur [www.terresdecuisine](http://www.terresdecuisine) avant le Jeudi 15 Juillet 2021.*

*Critères d'admission à la cantine de l'école maternelle :*

- *activité professionnelle des deux parents ou utilisation du transport scolaire en raison de l'éloignement du domicile.*



## **FICHE D'URGENCE**

*Année scolaire : 2021/2022*

*Nom :*

*Prénom :*

*Date de naissance :*

*Nationalité :*

*Classe :*

*Niveau :*

*Nom, prénom et adresse des parents ou du représentant légal :*

---

*Numéro et adresse du centre de sécurité sociale :*

---

*Numéro et adresse de l'assurance scolaire :*

---

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

*Téléphone du domicile :*

*Téléphone du travail du père :*

*Téléphone du travail de la mère :*

*Portable du père :*

*Portable de la mère :*

*Téléphone et nom de personne(s) susceptible(s) 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.*

## **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame \_\_\_\_\_

autorisons l'anesthésie de notre fils/fille \_\_\_\_\_

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_\_\_\_

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'école (allergies, traitement en cours, précautions particulières) :



## **RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AU DIRECTEUR**

*Année scolaire 2021/2022*

***Renseignements importants concernant éventuellement la santé de votre enfant :***

---

---

---

---

***Port de lunettes :***

*Votre enfant porte -t-il des lunettes ?*

OUI                       NON

*Si oui, elles doivent être portées :*

- En permanence*
- En classe et dans la cour de récréation*
- En classe et en salle de motricité*

***Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :***

---