

## DOSSIER D'INSCRIPTIONS AU GROUPE SCOLAIRE

### **JOSE BALESTRINI**

**Toutes les inscriptions sont à renouveler chaque année**

#### MODALITES DE RETRAIT DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Les dossiers d'inscriptions sont à retirer à l'accueil de l'hôtel de ville, l'ensemble des formulaires du dossier est également disponible au format numérique sur demande à l'adresse : [mairie-calenzana@wanadoo.fr](mailto:mairie-calenzana@wanadoo.fr) .

#### MODALITES DE DEPOT DU DOSSIER D'INSCRIPTION

L'ensemble des formulaires et des pièces justificatives du dossier est à retourner dûment complété à l'accueil de l'hôtel de ville ou par courrier électronique à l'adresse : [mairie-calenzana@wanadoo.fr](mailto:mairie-calenzana@wanadoo.fr) .

Une aide pourra vous être apportée dans le montage de votre dossier *remplissage des formulaires, téléchargement et impression des pièces justificatives etc...* auprès de l'Espace Public Numérique de Calenzana. Prise de rendez-vous au [04 95 48 65 53](tel:0495486553) .

Les dossiers sont à déposer complets avant le **1<sup>er</sup> Juillet 2021** inclus. La liste des pièces justificatives à fournir est jointe à la fin du dossier.

#### SERVICE DES AFFAIRES SCOLAIRES

*Elu référent*

**Mme. Laetitia MANICACCI**

[laetitia.mairie20214@gmail.com](mailto:laetitia.mairie20214@gmail.com)

*Agent référent*

**Mme. Fabienne ORSINI**

[04 95 62 70 08](tel:0495627008)

## RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

### ÉTAT CIVIL

Enfant

Prénom : ..... NOM : .....

Né(e) le : ..... Né(e) à : ..... Sexe : .....

### SCOLARITÉ

#### Classe Bilingue

- Oui  
 Non

#### Ecole Maternelle

- Petite Section (PS)  
 Moyenne Section (MS)  
 Grande Section (GS)

#### Ecole Élémentaire

- Cours Préparatoire (CP)  
 Cours Élémentaire 1 (CE1)  
 Cours Élémentaire 2 (CE2)  
 Cours Moyen 1 (CM1)  
 Cours Moyen 2 (CM2)

Etablissement fréquenté en 2020/2021 : .....

### AUTORISATIONS

Filmer / Photographier ?  Oui  Non Rentrer Seul ?  Oui  Non

### SANTÉ ET HANDICAP

Protocole d'Accompagnement Individualisé (P.A.I.)  Oui  Non Si oui, motif : .....

Autre(s) problème(s) de santé, allergies et traitement(s) : .....

L'enfant porte-t-il ?  Lunettes  Lentilles  Prothèses auditives  Prothèses dentaires

### URGENCES MÉDICALES

Médecin de famille : DR. .... Contact : .....

Adresse N° ..... Libellé : ..... Complément : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Lieu d'hospitalisation d'urgence : ..... Autorisation d'intervention médicale et/ou chirurgicale  Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS DES RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL 1				
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Grand-Parent	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
<input type="checkbox"/> Marié(e) / Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> En couple / Concubinage	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) / Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Remarié(e)
ETAT CIVIL				
Mme. / Mr.	Prénom : .....	NOM : .....		
Nationalité : .....		N° de sécurité sociale : .....		
CONTACT				
Domicile : .....		Mobile : .....	Professionnel : .....	
Adresse de messagerie électronique : .....				
ADRESSE				
Adresse	N° .....	Libellé : .....	Complément : .....	
Code Postal : .....		Commune : .....		
EMPLOI				
Profession : .....		Employeur : .....		

RESPONSABLE LEGAL 2				
<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Grand-Parent	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
<input type="checkbox"/> Marié(e) / Pacsé(e)	<input type="checkbox"/> En couple / Concubinage	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e) / Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Remarié(e)
ETAT CIVIL				
Mme. / Mr.	Prénom : .....	NOM : .....		
Nationalité : .....		N° de sécurité sociale : .....		
CONTACT				
Domicile : .....		Mobile : .....	Professionnel : .....	
Adresse de messagerie électronique : .....				
ADRESSE				
Adresse	N° .....	Libellé : .....	Complément : .....	
Code Postal : .....		Commune : .....		
EMPLOI				
Profession : .....		Employeur : .....		



## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

### ASSURANCE SCOLAIRE & EXTRA-SCOLAIRE

Assureur / Agence : ..... Numéro de contrat : .....

Date de souscription du contrat : ..... Date de fin du contrat : .....

Adresse N° ..... Libellé : ..... Complément : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

### AUTRES PERSONNES HABILITEES A RECUPERER L'ENFANT

Qualité : ..... Prénom : ..... NOM : .....

Qualité : ..... Prénom : ..... NOM : .....

Qualité : ..... Prénom : ..... NOM : .....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Prénom : ..... NOM : ..... Contact : .....

Prénom : ..... NOM : ..... Contact : .....

Prénom : ..... NOM : ..... Contact : .....

## INSCRIPTIONS EN GARDERIE

TRIMESTRE 1	LUNDIS	MARDIS	JEUDIS	VENDREDIS
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE GARDERIE			<input type="checkbox"/>	
TRIMESTRE 2	LUNDIS	MARDIS	JEUDIS	VENDREDIS
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE GARDERIE			<input type="checkbox"/>	
TRIMESTRE 3	LUNDIS	MARDIS	JEUDIS	VENDREDIS
MATIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE GARDERIE			<input type="checkbox"/>	

## INSCRIPTIONS RAMASSAGE SCOLAIRE

	PIETRALBA - COUCOU - SAINT-ANTOINE	MONCALE - SUARE
LIGNE EMPRUNTEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE TRANSPORT SCOLAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INSCRIPTIONS RESTAURATION SCOLAIRE

☞ **ATTENTION :** Le nombre de places de cantine étant très limité, la priorité sera donnée aux enfants qui :

- Empruntent les lignes de ramassage scolaire,
- Ont les deux parents qui travaillent,
- En maternelle, l'âge de l'enfant pourra aussi être pris en compte.

☞ Les familles devront inscrire leur enfant auprès du services des affaires scolaires avant le **1<sup>er</sup> Juillet 2021** : Tout retard ôtera le caractère prioritaire susvisé.

☞ L'inscription ne vaut pas admission, après étude des dossiers, le service des affaires scolaires de la commune de Calenzana communiquera la liste des enfants retenus.

☞ Vous trouverez tous les détails concernant le fonctionnement du service de restauration scolaire dans le **Règlement Intérieur** ci-joint, à nous retourner signé lors du dépôt du dossier d'inscription.

JE SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT AU SERVICE DE RESTAURATION SCOLAIRE :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ALLERGIES, INTOLERANCES ET TROUBLES ALIMENTAIRES : .....		
.....		
.....	Repas sans porc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



## CONFIRMATION DES DONNEES

Je soussigné(e) / Nous soussignés

.....  
& .....

Déclare(ons) exacts les renseignements notifiés ci-avant (*pages 1 à 4*),  
Autorise(ons) à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médicale ou chirurgicale,  
Atteste(ons) avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire ci-joint  
et en accepte(ons) les conditions.

Fait à ....., le : ..... / ..... / .....

Signature(s)

Page 5 sur 5

✂-----

## ATTESTATION DE DEPOT

Le service de secrétariat de la commune de Calenzana en charge des affaires scolaires atteste de la bonne réception du dossier complet d'inscription pour l'enfant :

Prénom : ..... NOM : .....

Attestation d'inscription valable pour l'année scolaire (2021-2022) au titre :

- d'inscription en scolarité
- d'inscription en garderie
- d'inscription au ramassage scolaire
- d'inscription à la cantine (sous réserve d'admission)

*Le Service des Affaires Scolaires.*

Tampon



