

DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE SCOLAIRE et ACTIVITÉS PÉRISCOLAIRES DE L'ÉCOLE PRIMAIRE

Année scolaire 2025-2026

A retourner pour le 15 mai 2025

NIVEAU :

PS MS GS

CP CE1 CE2 CM1 CM2



NOM : Prénom :

Date de naissance :

Cadre réservé à l'administration

Date de réception :

RESPONSABLE LEGAL 1 PERE MERE TUTEUR

NOM : PRENOM :

ADRESSE :
.....
.....

TELEPHONE : PORTABLE :

MEL. :@.....

EMPLOYEUR : ADRESSE :

..... TEL TRAVAIL :

RESPONSABLE LEGAL 2 PERE MERE TUTEUR

NOM : PRENOM :

ADRESSE :
.....
.....

TELEPHONE : PORTABLE :

MEL. :@.....

EMPLOYEUR : ADRESSE :

..... TEL TRAVAIL :

REGIME SECURITE SOCIALE

GENERAL

MSA

AUTRE

N° sécurité sociale :

N° allocataire :

Adresse de la caisse d'allocations :

DECLARATION DU OU DES RESPONSABLE (S) LEGAL (AUX).

Je soussigné(e) Mme ou M. :

✚ Autorise le responsable périscolaire enfance à faire appel aux services d'urgences médicales si la santé de mon (mes) enfant(s) le nécessite ou en cas d'accident*

oui non

✚ Autorise mon (mes) enfant(s) à être photographié(s) ou être filmé(s)*

➡ Pour diffusion sur le blog de l'école

oui non

➡ Pour diffusion sur les sites de la commune de Ressons-le-Long et bulletins d'information municipale

oui non

✚ Déclare avoir pris connaissance et accepter les règlements scolaire et des activités périscolaires de la commune de Ressons-le-Long, consultable auprès du responsable périscolaire ou sur les panneaux d'affichage des écoles et sur le site de la commune de Ressons-le-Long.

✚ Souhaite recevoir des informations sur mon adresse internet et/ou téléphone portable*

oui non

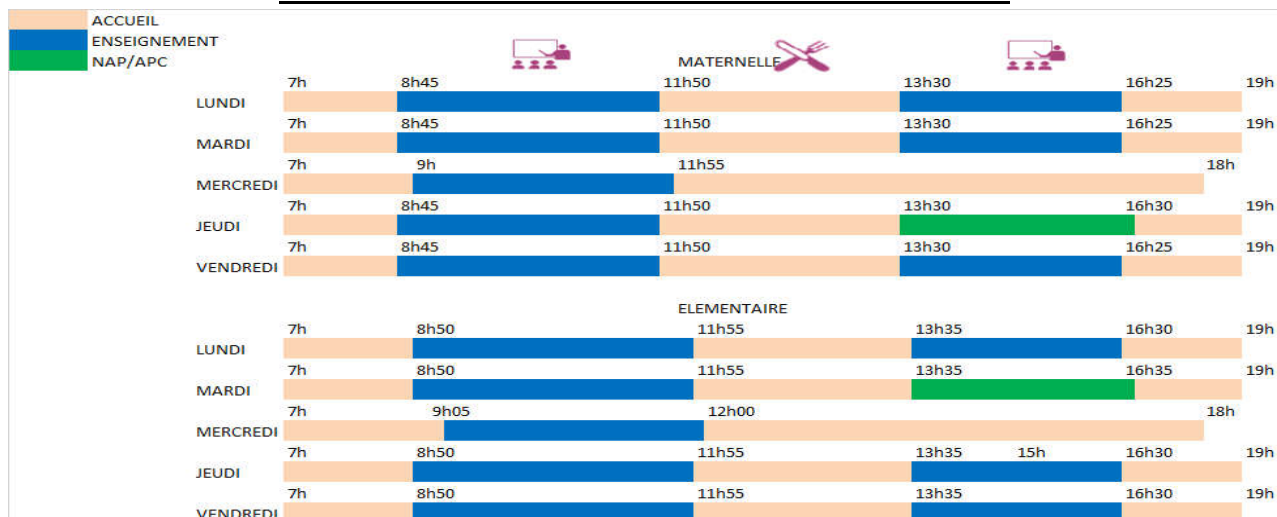
*Cocher la réponse souhaitée

ASSURANCE : (joindre l'attestation pour 2025)

L'enfant doit être couvert par une assurance responsabilité civile individuelle accident corporel.

Nom et adresse de la compagnie :

PLANNING DES TEMPS SCOLAIRES ET PERISCOLAIRES



Renseignements sanitaires

Fiche sanitaire de liaison : en annexe
(Joindre obligatoirement les photocopies des vaccins du carnet de santé)

Médecin traitant

Nom : Tél. :

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents)

Nom : M/Mme*

Nom : M/Mme*

Prénom :

Prénom :

Adresse :

Adresse :

Personnel
Tél. :
Portable :
Mél. :
Professionnel
Tél. :
Portable :
Mél. :

Personnel
Tél. :
Portable :
Mél. :
Professionnel
Tél. :
Portable :
Mél. :

*Rayer la mention inutile

Les informations demandées ci-dessus seront utilisées par les services municipaux pour la constitution de votre dossier administratif. En cas d'accident, et sauf mention contraire, votre enfant sera transporté au CH de Soissons.

Les données collectées ont pour but l'organisation et la gestion de l'Accueil de loisirs. Elles ne sont en aucun cas transmises à des tiers. Conformément à la loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 06-01-78, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant. Pour tout renseignement, merci d'adresser un courrier impersonnellement au maire de Ressons le Long.

Si vous ne souhaitez pas que le service enfance ait accès à votre quotient familial via CDAP, merci de cocher ici

