

 JOUY  	DOSSIER D'INSCRIPTION UNIQUE 2018/2019 De Nom (du 1^{er} enfant) : _____
	Ecole maternelle et primaire Transport scolaire / Restauration scolaire Accueil périscolaire matin et soir
	<input type="radio"/> Dossier initial - <input type="radio"/> modification n° (ne compléter que les parties à modifier)

A RETOURNER AVANT LE

16 MAI 2018

A la mairie de Jouy (aux heures d'ouverture, par voie postale ou par E-mail) :

4 Place de l'Eglise - 28300 JOUY – E-mail : commune.jouy28@jouy28.com

Tél. : 02 37 18 05 85 / Fax : 02 37 18 05 94 - site : www.jouy28.com

Seule l'inscription en première année de maternelle devra obligatoirement avoir lieu en mairie ainsi qu'à l'école (en fonction des jours prévus à cet effet). **Le retour du dossier unique est obligatoire que l'enfant participe ou non aux activités.**

L'inscription aux activités périscolaires est obligatoire que l'enfant y participe régulièrement ou occasionnellement. Celle-ci est valable pour l'année scolaire 2018/2019 et ne sera effective qu'après réception du dossier complet dans nos services.

Pour les **accueils de loisirs des mercredis et des vacances scolaires**, les dossiers seront à retirer en mairie ou téléchargeables sur le site internet des PEP28 www.lespep28.org, compétence communautaire.

Pour les inscriptions occasionnelles :

- au restaurant scolaire, l'imprimé joint sera à compléter avant chaque demande dans le respect des conditions du règlement,
- au transport scolaire, il est impératif de prévenir, dès que possible, l'accompagnatrice du car.

COMPOSITION DU FOYER ACTUEL DE L'ENFANT (OU DES ENFANTS)			
Responsable 1 = allocataire affilié	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur, Tutrice <input type="checkbox"/> Autres (précisez :		
Nom		Nom de naissance	
Prénom		Date de naissance	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(e)		
Adresse	N° : Apt : rue : Code postal : Ville :		
Tél. domicile		Tél. portable	
Tél. bureau		E-mail	
Employeur	Nom : N° : Apt : rue : Code postal : Ville : Profession :		

Responsable 2/conjoint	Lien avec l'enfant : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur, Tutrice <input type="checkbox"/> Autres (précisez :		
Nom		Nom de naissance	
Prénom		Date de naissance	
Adresse (si différente responsable 1)	N° : Apt : rue : Code postal : Ville :		
Tél. domicile		Tél. portable	
Tél. bureau		E-mail	
Employeur	Nom : N° : Apt : rue : Code postal : Ville : Profession :		

Nombre de personnes au foyer de l'enfant	Adulte(s) :	Enfant(s) Scolarisé(s) à JOUY :
Allocataire(s) affilié(s) (ou responsable 1) : si vous percevez des prestations de la CAF d'Eure-et-Loir (uniquement) ou MSA	Allocataire CAF ou MSA : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non – Allocations perçues : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Adresse de la Caisse : N° allocataire :	

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
N° Enregistrement, E1 :	<input type="checkbox"/> Transport scolaire <input type="checkbox"/> Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> M.....
N° Enregistrement E2 :	<input type="checkbox"/> Transport scolaire <input type="checkbox"/> Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> M.....
N° Enregistrement E3 :	<input type="checkbox"/> Transport scolaire <input type="checkbox"/> Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> M.....
N° Enregistrement E4 :	<input type="checkbox"/> Transport scolaire <input type="checkbox"/> Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> M.....
N° Enregistrement E5 :	<input type="checkbox"/> Transport scolaire <input type="checkbox"/> Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> Accueil périscolaire <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> M.....

ENFANT 1	Nom :	Prénom :	Lieu de naissance :	
	Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ecole : <input type="checkbox"/> maternelle <input type="checkbox"/> Primaire	Classe :
Transport scolaire (voir fiche pratique) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Accueil périscolaire matin (de 7 h 00 à 8 h 35) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Accueil périscolaire soir (de 16 h 45 à 19 h 00) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A partir du : <i>Compléter les cases par un R pour régulier ou O pour occasionnel</i> <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir Arrêt * : <input type="checkbox"/> Digue <input type="checkbox"/> La croix <input type="checkbox"/> Ravin <input type="checkbox"/> La dalonne <input type="checkbox"/> Stade <input type="checkbox"/> Renardières <i>*Si plusieurs arrêts préciser :</i>	A partir du mois de : <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> Forfait <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> régime alimentaire particulier (PAI, sans porc...), préciser :	<input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel « Le forfait retenu est applicable sur l'année scolaire » L'assurance de l'enfant est prise en charge par les PEP28. Je soussigné(e) sollicite l'inscription de mon enfant	A partir du : <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A partir du : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assurance responsabilité civile et individuelle accident obligatoire pour chaque enfant (à renouveler chaque année) : L'assurance est à souscrire dès la rentrée de l'école. Le justificatif sera remis au Directeur de l'école par les parents. <input type="checkbox"/> assurance personnelle : Préciser le cabinet et son adresse : (Remettre l'attestation au plus tard pour la rentrée scolaire).				
Autorisation de rentrer seul(e) au domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

**PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE
ET CE QUELQUES SOIENT LES ACTIVITÉS**

Nom resp 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom resp 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (ces informations peuvent être transmises, si vous le souhaitez, par pli cacheté)

Médecin de famille	Nom :	Prénom :	Téléphone :
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Méningite		
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ? Traitements en cours, précisez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/>		
L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/>		
A-t-il un P.A.I (modalités voir page 4) ? Si oui Date de validité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/> / / <input type="text"/>		
A-t-il un traitement Particulier ?	<input type="text"/>		
L'enfant présente-t-il un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez nous contacter pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc...	<input type="text"/>		

→ Si vous avez plus de deux enfants, veuillez compléter, pour chaque enfant supplémentaire, une feuille intercalaire et la(les) joindre au présent dossier.

ENFANT 2	Nom :	Prénom :	Lieu de naissance :	
	Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Ecole : <input type="checkbox"/> maternelle <input type="checkbox"/> Primaire	Classe :
Transport scolaire (voir fiche pratique) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Restaurant scolaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Accueil périscolaire matin (de 7 h 00 à 8 h 35) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Accueil périscolaire soir (de 16 h 45 à 19 h 00) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
A partir du : <i>Compléter les cases par un R pour régulier ou O pour occasionnel</i> <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> matin midi a.midi soir Arrêt * : <input type="checkbox"/> Digue <input type="checkbox"/> La croix <input type="checkbox"/> Ravin <input type="checkbox"/> La dalonne <input type="checkbox"/> Stade <input type="checkbox"/> Renardières <i>*Si plusieurs arrêts préciser :</i>	A partir du mois de : <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> Forfait <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> occasionnel <input type="checkbox"/> régime alimentaire particulier (PAI, sans porc...), préciser :	<input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel « Le forfait retenu est applicable sur l'année scolaire » L'assurance de l'enfant est prise en charge par les PEP28. Je soussigné(e) sollicite l'inscription de mon enfant	A partir du : <input type="checkbox"/> lundi <input type="checkbox"/> mardi <input type="checkbox"/> jeudi <input type="checkbox"/> vendredi <input type="checkbox"/> Forfait mensuel <input type="checkbox"/> occasionnel	A partir du : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Assurance responsabilité civile et individuelle accident obligatoire pour chaque enfant (à renouveler chaque année) : L'assurance est à souscrire dès la rentrée de l'école. Le justificatif sera remis au Directeur de l'école par les parents. <input type="checkbox"/> assurance personnelle : Préciser le cabinet et son adresse : (Remettre l'attestation au plus tard pour la rentrée scolaire).				
Autorisation de rentrer seul(e) au domicile : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

**PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER LES ENFANTS ET À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE
ET CE QUELQUES SOIENT LES ACTIVITÉS**

Nom resp 1 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom resp 2 :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :
Nom :	Prénom :	Lien avec l'enfant :	Tél. :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON (ces informations peuvent être transmises, si vous le souhaitez, par pli cacheté)

Médecin de famille	Nom :	Prénom :	Téléphone :
L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :	<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Otite <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Méningite		
L'enfant a-t-il des difficultés de santé et/ou antécédents médicaux ? Traitements en cours, précisez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/>		
L'enfant a-t-il une allergie ? Si oui, laquelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/>		
A-t-il un P.A.I (modalités voir page 4) ? Si oui Date de validité :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="text"/> / / <input type="text"/>		
A-t-il un traitement Particulier ?	<input type="text"/>		
L'enfant présente-t-il un handicap ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez nous contacter pour étudier les dispositions à prendre)		
L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, etc...	<input type="text"/>		

Toute allergie alimentaire ou maladie chronique justifiée par une prescription médicale, doit être signalée à la Directrice de l'école ou des PEP28, en début d'année scolaire et faire l'objet d'un P.A.I (Projet d'accueil individualisé). Le dossier de demande initiale est à retirer auprès de la Directrice de l'école ou téléchargeable sur le site de la commune. Si votre enfant bénéficiait d'un P.A.I l'année dernière, celui-ci devra être renouvelé et transmis à nouveau à la Directrice de l'école.

Le repas de substitution préparé par le prestataire de la commune (la Restauration Collective de Chartres Métropole) sera facturé au tarif en vigueur. Possibilité de fournir le repas par les parents, selon tarif en vigueur.

Restauration scolaire	Accueil périscolaire
MODE DE PAIEMENT RETENU PAR LA FAMILLE (cochez la case) -pour tout changement, en cours d'année, contacter la mairie-	Règlement à remettre au responsable périscolaire ou à transmettre au siège des PEP28, dès réception de la facture et au plus tard avant le 1^{er} jour de la rentrée.
<input type="checkbox"/> je souhaite recevoir mes factures par E-mail <input type="checkbox"/> en espèces ou par chèque à l'ordre du « Trésor Public » OU <input type="checkbox"/> par prélèvement automatique (retourner la demande de prélèvement – imprimé n° 6- , accompagnée d'un RIB et du contrat de prélèvement automatique signé – imprimé n° 5-)	Moyens de règlement possibles : - Prélèvement bancaire (retourner la demande de prélèvement – imprimé n° 11- , accompagnée d'un RIB et du contrat de prélèvement automatique signé – imprimé n° 10-), - espèces, - chèque à l'ordre des P.E.P. 28, - chèques vacances ou CESU,

PHOTOCOPIE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER :

- L'attestation d'assurance scolaire par enfant si souscrite hors de l'école (à produire au plus tard à la rentrée scolaire)

En cas de première inscription, nouvelle inscription ou d'évolution de la situation familiale :

- Justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (hors facture téléphone portable),
- Photocopie du livret de famille,
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de l'attribution du droit de garde,

Complément pour les accueils périscolaires :

- Photocopie du carnet de vaccination,
- Certificat médical si contre-indication à certaines activités,
- Attestation du dernier avis de paiement CAF ou MSA, avec numéro d'allocataire,
- Dernier avis d'imposition sur les revenus ou de non-imposition connu.

RÈGLES DE VIE/REGLEMENT INTÉRIEUR

Les enfants devront respecter les règles normales « dites de bonne conduite » : politesse, courtoisie, savoir-vivre, respect du matériel et des installations. Les règles de vie sont adaptables et modulables selon l'âge des enfants.

Les règlements, plannings, projets pédagogiques, sont consultables sur le site internet de la commune de JOUY : www.jouy28.com, des P.E.P 28 : www.lespep28.org, ainsi qu'en mairie ou sur demande.

Toute infraction aux règlements intérieurs sera sanctionnée selon la gravité et les répétitions dans le temps par :

- un avertissement verbal,
- un avertissement écrit,
- une exclusion temporaire d'une semaine,
- une exclusion définitive.

La commune de JOUY et l'association des P.E.P 28 se réservent le droit de ne plus accepter un enfant à une activité pour manquements graves à la discipline ou non-respect des règlements.

En cas d'absence, nous vous remercions de prévenir les structures fréquentées de votre enfant.

Je soussigné(e), _____ responsable de(s) enfant(s) ci-dessus désigné(s) :

- Atteste sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur le document,
- Atteste avoir pris connaissance du ou des règlement (s) intérieur (s) et financier(s),
- M'engage à signaler tout changement de situation,
- M'engage à avoir pris connaissance de l'ensemble des données du présent dossier,
- Autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves (1),
- Autorise mon ou mes enfants à participer à toutes les activités qui seront organisées à l'intérieur, comme à l'extérieur de l'école (selon l'avis du médecin) (1),
- Autorise les encadrants des différentes activités à prendre le cas échéant, toutes les mesures d'urgence rendues nécessaires par l'état de mon ou mes enfants (1),
- Autorise à reproduire, diffuser les photographies et/ou vidéos de mon(mes) enfant(s) ainsi que nous-mêmes, réalisées lors des activités (1),

À _____, le ____/____/____ Signature des titulaires de l'autorité parentale

(1) Rayer en cas de désaccord.