

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Année scolaire 2023/2024

(1 formulaire par enfant)



Ecole Sainte Marie-Union Chrétienne

9 rue Barbatte 05.49.41.60.54 / 3 impasse Sainte Radegonde 05.49.38.27.92

86000 POITIERS Tél : 06.72.45.11.89

Saintemarie.uxsc@gmail.com

Photo récente à
coller

Elève :

Inscription en classe de : Toute petite section Petite Section Moyenne Section Grande Section
 CP CE1 CE2 CM1 CM2

NOM (majuscules) : Prénoms :

Né(e) le : A :

Adresse:

Mail.....

Religion : Date de Baptême : Première Communion :

Ecole précédente (si changement) + adresse :

.....

Services périscolaires

	1 jour/semaine	2 jours/semaine	3 jours/semaine	4 jours/semaine	5 jours/semaine
CANTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lundi <input type="checkbox"/>	Mardi <input type="checkbox"/>	Mercredi <input type="checkbox"/>	Jeudi <input type="checkbox"/>	Vendredi <input type="checkbox"/>
REGIME SPECIAL	<input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande <input type="checkbox"/> autres PAI				
	Les paniers repas ne seront acceptés que pour les PAI qui ne peuvent pas être préparés par la société de restauration				

GARDERIE DU MATIN	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

GARDERIE DU SOIR	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

Les parents s'engagent pour l'année scolaire sur un seul type de forfait Les jours de cantine choisis sont fixes et ne peuvent pas être changés.

APEL

J'adhère à l' APEL (association des parents d'élèves) 20 € oui Non

J'adhère déjà à l'APPEL d'un autre établissement je ne règle que la part établissement 3,87 €

(la somme sera prélevée sur la première facture)

Je choisis comme mode de règlement : le prélèvement automatique (remplir un mandat SEPA pour une première inscription ou en cas de changement bancaire)

un autre moyen (+50€ par famille pour frais de gestion)

Santé (fournir une photocopie du carnet de santé lors de la première inscription)

Date dernier vaccin DT Polio : Dates 2 vaccins ROR : et
(Revaxis, Repevax, Tetravac ou Infanrix) (Priorix ou MMR Vax)

Allergie médicamenteuse : Allergie alimentaire

PAI : oui **(remplir le document prévu à cet effet par le médecin)**

Suivi paramédical (orthophoniste, psychologue...) :

Numéro de sécurité sociale :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

J'autorise l'école à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant : NON
(hospitalisation et/ou intervention chirurgicale) OUI CHU
 Polyclinique

J'autorise les enseignants à utiliser les photos de mon enfant, réalisées au cours des activités scolaires : NON
 OUI

Famille :

Personne(s) juridiquement responsables de l'enfant : père et mère père mère
(fournir le justificatif de droit de garde si nécessaire) autre (préciser)

Situation familiale : Mariés Vie Maritale Séparés/Divorcés Veuf(e) Célibataire

Nombre d'enfants à charge :

	PERE	MERE (indiquer aussi nom de jeune fille)
NOM		
Prénom		
Adresse (si différente)		
Profession		
Nom et coordonnées de l'employeur		
N° de portable personnel		

Nous, parents, confirmons les renseignements contenus dans ce formulaire et nous engageons à signaler toute modification.

Nous déclarons accepter le projet éducatif, le règlement intérieur, le règlement financier

Fait à le

Signatures :

Père*

Mère*

précédée de la mention "lu et approuvé"

La signature des deux parents est obligatoire