

Cadre réservé au service Inscriptions			
Date d'arrivée :/...../201....	N° DOSSIER	ACCUEIL(S) DEMANDE(S)	ACCUEIL(S) VALIDE(S) à compter du
Accueil <input type="checkbox"/> Courrier <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Restauration	Restauration <input type="checkbox"/> /...../201.....
NP / P		<input type="checkbox"/> Matin	Matin <input type="checkbox"/> /...../201.....
Dossier saisi le/...../201.....		<input type="checkbox"/> Mercredi-midi	Mercredi-midi <input type="checkbox"/> /...../201.....
		<input type="checkbox"/> Après-midi	Après-midi <input type="checkbox"/> /...../201.....

**ÉCOLE DE SECTEUR POUR
L'ANNÉE 2017/2018**

.....

**SECTION A SUIVRE POUR
L'ANNÉE 2017/2018**

CP CE1 CE2 CM1 CM2
 ULIS TFC ULIS TFA ULIS TFM CLEX

ÉLÈVE

Nom / Prénom			
Né(e) le / /	à	Dpt ou pays
Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Adresse de l'enfant	N° : Nom de la voie : Code postal : Commune : <input type="checkbox"/> BESANCON ou <input type="checkbox"/> Autre :		
Dernière école fréquentée Ville : Classe :		
AUTORITÉ PARENTALE : <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre			
GARDE DE L'ENFANT : <input type="checkbox"/> Conjointe <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Autre			

Date limite de retour des dossiers : 14 avril 2017

- TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA RETOURNÉ -

Pour tout renseignement :
 Direction Éducation – Service Inscriptions
 2 rue Mégevand – Entrée E1 – RDC
 25034 BESANCON CEDEX
 Tél : 03 81 61 52 40
education-inscriptions@besancon.fr

AUTRES RENSEIGNEMENTS

- L'enfant présente-t-il une **allergie alimentaire** ? Oui Non
Si oui, à quoi est-il allergique ? :
- Cette allergie nécessite-t-elle une trousse d'urgence ? Oui Non
Si non, joindre **un certificat médical** lors du dépôt de dossier afin de valider l'inscription.
- Votre enfant présente-t-il une **autre maladie** nécessitant la prise de médicament tous les jours ou en urgence sur le temps scolaire ou périscolaire ? (Ceci ne concerne pas la prise occasionnelle de médicaments) Oui Non
Le médecin vous a-t-il prescrit une trousse d'urgence pour cette maladie ? : Oui Non
- L'enfant présente-t-il un **handicap** ? Oui Non
Cela nécessite-t-il des mesures particulières ? Oui Non
- Votre enfant est-il accompagné(e) par un(e) accompagnant(e) des élèves des élèves en situation de handicap (**AESH**) sur le temps scolaire ? Oui Non
Si non, une demande d'AESH est-elle en cours ? Oui Non
- L'enfant bénéficie-t-il déjà d'un **PAI (projet d'accueil individualisé)** ? Oui Non

Evictions alimentaires

Si vous souhaitez qu'**aucune viande** ne soit servie à votre enfant, cochez la case ci-après :
À noter : aucun plat de substitution ne sera proposé et les repas seront déséquilibrés.

Si vous souhaitez que **la viande de porc** ne soit pas servie à votre enfant, cochez la case ci-après :
À noter : aucun plat de substitution ne sera proposé.

Nota : Ces renseignements permettent, en outre, d'ajuster les livraisons et d'éviter le gaspillage des denrées alimentaires.

RÈGLEMENT

Je (nous) soussigné(e)(s)
- atteste (attestons) avoir pris connaissance du règlement des accueils périscolaires et en accepter toutes les dispositions,
- certifie (certifions) sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées sur ce document et m'engage (m'engageons) à signaler tout changement au Service Inscriptions de la Direction Éducation.

A, le / / 201

Signature du (des) responsable(s) légal (aux)

Les dossiers sont à retourner ou à déposer avant le 14 avril 2017

À la Mairie de Besançon – Direction Éducation – 2, rue Mégevand – 25034 BESANCON CEDEX – Entrée E1
Les lundi, mardi, jeudi, vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h30 – Le mercredi de 10h30 à 12h et de 13h30 à 17h30

Les informations recueillies sont nécessaires à l'inscription à l'école et aux accueils périscolaires. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées à la Direction Éducation de la Ville et aux écoles. Conformément à la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DEMANDE D'INSCRIPTION AUX ACCUEILS PÉRISCOLAIRES

Pour être admis à un accueil périscolaire, l'enfant doit avoir au moins **3 ans** dans le trimestre de son inscription.

Les **demandes sont acceptées en fonction des places disponibles** ; vous serez informé de la validation de la demande d'inscription par l'envoi d'un certificat.

Attention ! un enfant peut être accepté pour un service et refusé pour un autre service ; vous recevrez **un certificat pour chaque accueil validé**. Votre enfant ne peut fréquenter un service avant confirmation de son inscription par l'envoi d'un certificat.

Fréquentation demandée:

Restauration (accueil payant)	Accueil du matin	Accueil de l'après-midi (accueil payant : droit d'entrée annuel)	Accueil du mercredi 11 h 30 - 12 h 30
<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi ou <input type="checkbox"/> Flexible	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Mercredi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi ou <input type="checkbox"/> Flexible	<input type="checkbox"/> Lundi <input type="checkbox"/> Mardi <input type="checkbox"/> Jeudi <input type="checkbox"/> Vendredi ou <input type="checkbox"/> Flexible	<input type="checkbox"/> Oui À compter du :/...../201..
À compter du :/...../201..	À compter du :/...../201..	À compter du :/...../201..	

En fréquentation flexible :

- Le nombre mensuel de fréquentation est compris entre 4 et 10 jours (sauf pour le mercredi)
- Les dates doivent être communiquées au plus tard le 20 du mois précédent la fréquentation. Si ce délai n'est pas respecté, 10 repas supplémentaires au tarif des repas exceptionnels seront facturés aux enfants déjeunant au restaurant scolaire.

Toute **absence** d'un service durant deux semaines consécutives sans justificatif entraîne la **radiation automatique** de ce service

FACTURATION DE RESTAURATION SCOLAIRE ET DU DROIT D'ENTRÉE A L'ACCUEIL DE L'APRES-MIDI: PRÉCISER QUI EST LE REDEVABLE

- Responsable légal 1 ou conjoint domicilié dans le même foyer.
- Facturation partagée : joindre un courrier signé des 2 responsables légaux.
- Tiers (organismes, autre personne...) : joindre une attestation de prise en charge.

MODE DE PAIEMENT DE LA RESTAURATION SCOLAIRE ET DU DROIT D'ENTRÉE A L'ACCUEIL DE L'APRES-MIDI

Prélèvement bancaire : oui non

- Si oui, s'agit-il**
- d'un renouvellement de prélèvement sur le même compte bancaire qu'en 2016/2017
 - d'une première demande**
 - d'un changement de compte**

** Merci de joindre un RIB accompagné d'un formulaire d'autorisation de prélèvement

PERSONNE(S) VIVANT DANS LE MÊME FOYER QUE L'ENFANT

RESPONSABLE LÉGAL 1

LIEN AVEC L'ENFANT : Père Mère Tuteur, Tutrice

Nom d'usage (marital)		Nom de naissance	
Prénom		Date de naissance/...../.....
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)		
Adresse	N° : Nom de la voie :		
	Code postal : Commune :		
Organisme versant les prestations familiales	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> autre Préciser :		N° allocataire
<input checked="" type="checkbox"/> Domicile		<input checked="" type="checkbox"/> Portable	
<input checked="" type="checkbox"/> Professionnel		@ Courriel	
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> autre		Profession
Catégorie socioprofessionnelle	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Employés *	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Ouvriers	<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures * <input type="checkbox"/> Retraités
			<input type="checkbox"/> Autres personnes sans activité professionnelle* <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires*

CONJOINT

LIEN AVEC L'ENFANT : Père Mère Autre

Nom d'usage (marital)		Nom de naissance	
Prénom		Date de naissance/...../.....
<input checked="" type="checkbox"/> Portable		<input checked="" type="checkbox"/> Professionnel	
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> autre		Profession
Catégorie socioprofessionnelle	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Employés *	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Ouvriers	<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures * <input type="checkbox"/> Retraités
			<input type="checkbox"/> Autres personnes sans activité professionnelle* <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires*

FRÈRES ET SŒURS DE 16 ANS AU PLUS AU MÊME DOMICILE

Nom	Prénom	Date de naissance	Scolarisé(e) à Besançon	Établissement
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

RESPONSABLE LÉGAL 2 (SI DIFFÉRENT DU CONJOINT)

LIEN AVEC L'ENFANT : Père Mère Tuteur, Tutrice

Nom d'usage (marital)		Nom de naissance	
Prénom		Date de naissance/...../.....
Situation familiale	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve)		
Adresse	N° : Nom de la voie :		
	Code postal : Commune :		
Organisme versant les prestations familiales	<input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> autre Préciser :		N° allocataire
<input checked="" type="checkbox"/> Domicile		<input checked="" type="checkbox"/> Portable	
<input checked="" type="checkbox"/> Professionnel		@ Courriel	
Situation actuelle	<input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> en recherche d'emploi <input type="checkbox"/> autre		Profession
Catégorie socioprofessionnelle	<input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants <input type="checkbox"/> Employés *	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants et chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Ouvriers	<input type="checkbox"/> Cadres et professions intellectuelles supérieures * <input type="checkbox"/> Retraités
			<input type="checkbox"/> Autres personnes sans activité professionnelle* <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires*

* La liste des professions est disponible sur le document annexe indiquant l'ensemble des documents demandés.