



Direction de la vie scolaire,  
de la vie associative-événements  
et de la culture

Tél : 04 79 71 07 41

Courriel : [education-jeunesse@laravoire.com](mailto:education-jeunesse@laravoire.com)

## INSCRIPTIONS SCOLAIRE ET ACCUEILS PERISCOLAIRES (restauration scolaire, garderie matin, midi et soir) ANNEE 2024/2025

**Le présent dossier est à rendre au Service Vie Scolaire impérativement  
COMPLÈTE et SIGNÉ**

Merci de bien vouloir fournir les pièces suivantes pour l'inscription scolaire :

- **Pièces d'identités des deux parents ;**
- **Copie du livret de famille ;**
- **Justificatif de domicile de moins de 3 mois**  
En cas d'hébergement, fournir la copie de la carte d'identité, une attestation sur l'honneur ainsi qu'un justificatif de domicile de l'hébergeant ;
- **Jugement** précisant les modalités de garde  
(dans le cadre d'une garde alternée, chaque parent doit alors compléter son dossier)
- **Certificat de radiation** si l'enfant était scolarisé auparavant.

Pièces à ne fournir que si l'enfant est inscrit aux accueils périscolaires :

- **Attestation de Quotient Familial CAF** du mois précédent ;
- **Attestation d'assurance scolaire ;**
- **Copie du carnet de vaccinations ;**



**RAPPEL : L'ENFANT NE SERA PAS CONSIDÉRÉ COMME INSCRIT DANS LES DIFFÉRENTS ACCUEILS (restauration scolaire, garderies matin, midi et soir) SI LE DOSSIER N'EST PAS RETOURNÉ AU SERVICE OU EST INCOMPLÈT.**

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION - NE PAS COCHER**

ÉCOLE EN 2024/2025 :  Maternelle Féjaz  Maternelle Pré Hibou  Maternelle Vallon Fleuri  
 Élémentaire Féjaz  Élémentaire Pré Hibou  Élémentaire Vallon Fleuri

CLASSE EN 2024/2025 :  PS  MS  GS  
 CP  CE1  CE2  CM1  CM2  ULIS

## INSCRIPTION SCOLAIRE ANNEE 2024/2025

**ENFANT**

NOM PRENOM : .....  
 DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE :  GARÇON  FILLE

COMMUNE DE NAISSANCE : .....

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

DEMANDE DE DEROGATION :  OUI  NON

Si oui, dans quelle école souhaitez-vous inscrire votre enfant :  
 .....  
 .....

**PARENTS**

	PARENT 1 Payeur des factures	PARENT 2	TUTEUR OU RESPONSABLE LÉGAL
NOM – PRÉNOM			
SITUATION FAMILIALE : Marié(e), divorcé(e), célibataire, vie maritale, veuf, veuve			
ADRESSE			
TÉLÉPHONE			
ADRESSE MAIL			
PROFESSION			
Cas particulier de garde alternée : joindre la copie du jugement		N° ALLOCATAIRE CAF :	

# INSCRIPTION ACCUEILS PERISCOLAIRES

## (restauration scolaire, garderies matin, midi et soir)

### ANNEE 2024/2025

<b>INSCRIPTIONS</b>	<b>Garderie matin</b> (7h30 - 8h20)	<b>Garderie du midi</b> <b>jusqu'à 12h15 si</b> <b>pas inscrit en</b> <b>restauration</b> <b>scolaire</b>	<b>Restauration</b> <b>scolaire</b>	<b>Garderie du soir</b> (16h30 - 18h30)
	<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



**Les réservations concernant les accueils périscolaires (restauration scolaire, garderies matin, midi et soir) se font par le biais de l'espace famille (internet).**

Les tarifs et le règlement seront à votre disposition au Service Education Jeunesse et sur l'espace famille.

#### PERSONNES HABILITEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT AUX ACCUEILS PERISCOLAIRES

NOM – PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE

#### ASSURANCE SCOLAIRE :

Nom : ..... N° : .....

J'autorise la Commune de la Ravoire à prendre et à exploiter (à but non lucratif et sans que les photos soient déformées) mon (mes) enfant(s) en photo pendant les activités périscolaires pour une parution dans les supports municipaux (magazines municipaux, réseaux sociaux...)

Nous soussignons ..... déclarons exacts les renseignements figurant ci-dessus et d'avoir pris connaissance du règlement intérieur des services périscolaires disponible sur le site de la Ville : [www.laravoire.com](http://www.laravoire.com)

Fait à ....., le ..../..../....

Signature parent 1 :

Signature parent 2 :

**FICHE SANITAIRE**  
**(CETTE FICHE SERA TRANSMISE AU SERVICE DE SECOURS EN CAS DE PROBLÈME)**

**PERSONNES À CONTACTER D'URGENCE**

1. ....	Tél. : .....
2. ....	Tél. : .....
3. ....	Tél. : .....
MÉDECIN TRAITANT : .....	Tél. : .....

**GROUPE SANGUIN (si connu par les parents) :**

ALLERGIES (PAI à établir/renouveler et à fournir courant septembre)	MÉDICAMENTEUSES	ALIMENTAIRES	RESPIRATOIRES	AUTRES
OUI/NON				

Préciser la cause de l'allergie et conduite à tenir :  
 .....  
 .....

HABITUDES ALIMENTAIRES	REPAS CLASSIQUE	REPAS SANS PORC	REPAS SANS VIANDE
COCHER LA CASE			

APPAREILLAGE	LUNETTES	AUDITION	DENTAIRE	AUTRES
OUI/NON				

VACCINS OBLIGATOIRES*	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES*	OUI	NON	DATE DERNIERS RAPPELS
Diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP)				Infections invasives à pneumocoque			
Coqueluche				Méningocoque de sérogroupe C			
Infections invasives à Haemophilus influenzae de type b				Rougeole, oreillons et rubéole			
Hépatite B							

\* Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Cochez les maladies que l'enfant a déjà eues :  
 angine –  coqueluche –  oreillons –  otite –  rougeole –  rubéole –  scarlatine –  varicelle  
 Indiquez ci-après les difficultés éventuelles de santé (maladie particulière, crises convulsives...) :  
 .....

J'autorise la Commune de la Ravoire, à prendre le cas échéant en accord avec les secours toutes mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon ou mes enfants au cas où je ne serais pas joignable.

**Nous soussignons** ..... **déclarons exacts les renseignements figurant ci-dessus.**

Fait à ....., le ..../..../....

Signature parent 1 :

Signature parent 2 :