

MAIRIE DE PEGOMAS



06580

Téléphone : 04 93 42 22 22

Télécopie : 04 97 05 25 50

Les inscriptions scolaires débuteront le 25 janvier jusqu'au **5 mars 2021**.

Sont concernés :

- **Les enfants nés en 2018** rentrant en petite section de maternelle
- **Les enfants nés en 2015** rentrant au CP et
- **Pour tous les nouveaux arrivants sur la commune.**

Les documents d'inscription sont téléchargeables sur le site de la ville

www.villedepegomas.fr ou directement au pôle éducation en Mairie.

Les familles doivent retourner par mail à : education@villedepegomas.fr les dossiers remplis et signés ou les déposer auprès du pôle éducation sur rendez-vous en y apportant tous les documents demandés. (04.92.60.20.60)

Au-delà de ces dates, les enfants seront inscrits dans les établissements scolaires dans lesquels des places seront disponibles.

Pour les **dérogations CP** il est obligatoire de (re)faire une **1^{ère} demande de dérogation** pour ce nouveau cycle.

COORDONÉES DES ÉCOLES

ÉCOLE MATERNELLE JULES FERRY

Mme FARGEON : 04.93.42.25.86

ecole.0061151U@ac-nice.fr

56, avenue Lucien FUNEL

06580 Pégomas

ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE MARIE CURIE

Mme VIOLA : 04.97.01.00.10

ecole.0062067P@ac-nice.fr

805 Route de le Fénerie

06580 Pégomas

ÉCOLE MATERNELLE & ÉLÉMENTAIRE JEAN ROSTAND

Mme PELAPRAT : 04.93.42.23.93

ecole.0061167L@ac-nice.fr

216 Avenue du Castellaras

06580 Pégomas

DOCUMENTS A FOURNIR - INSCRIPTION SCOLAIRE COMMUNE DE PEGOMAS

- Justificatif de domicile : **dernière taxe d'habitation**
- Fiches des renseignements complétées pour l'école. (2 pages)
- La fiche d'urgence complétée pour l'école.
- Le dossier cantine/garderie/centre de loisirs complété et signé. (4 pages avec photo d'identité)
- La fiche sanitaire remplie.
- Les photocopies du livret de famille. (Pages parents et enfants)
- Attestation d'assurance scolaire et extra-scolaire.
- La photocopie de l'avis d'imposition **ou** notification CAF du quotient familial.
- Les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé.
- Le certificat de radiation de l'école précédente. (s'il y en a un)
- La photocopie de l'extrait du jugement en cas de séparation ou de divorce.
- Copie du PAI en cas de besoin.
- R.I.B

INSCRIPTION SCOLAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 1/2

École :

Nom & coordonnées de l'école précédente :
.....

Classe :

ÉLÈVE

Nom de famille :

Sexe : F M

Prénom(s) :

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune & département) :

REPRÉSENTANT LÉGAL : Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom(s) :

Profession : Code CSP :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

E-mail : (lettres en MAJUSCULE) :

J'accepte de communiquer mes adresses (postale et e-mail) aux associations de parents d'élèves : OUI NON

REPRÉSENTANT LÉGAL : Mère Père Tuteur

Nom de famille : Prénom(s) :

Profession : Code CSP :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

E-mail : (lettres en MAJUSCULE) :

J'accepte de communiquer mes adresses (postale et e-mail) aux associations de parents d'élèves : OUI NON

AUTRE RESPONSABLE – Lien avec l'élève :

(Préciser : Autre membre de la famille / Educateur / Assistant familial / Autre lien à préciser)

Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales

Nom de famille : Prénom(s) :

Profession : Code CSP :

Adresse :

Code postal : Commune :

L'élève habite à cette adresse : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

E-mail : (lettres en MAJUSCULE) :

J'accepte de communiquer mes adresses (postale et e-mail) aux associations de parents d'élèves : OUI NON

Nous acceptons que notre enfant soit photographié(e) et filmé(e) pendant les activités scolaires : OUI NON

ÉLÈVE

Nom de famille : Prénom : Classe :

PERSONNE A CONTACTER (Si différentes des personnes déjà indiquées)

Nom de famille : Prénom :

Lien avec l'élève :

A contacter en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé(e) à venir chercher l'élève : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

PERSONNE A CONTACTER (Si différentes des personnes déjà indiquées)

Nom de famille : Prénom :

Lien avec l'élève :

A contacter en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé(e) à venir chercher l'élève : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

PERSONNE A CONTACTER (Si différentes des personnes déjà indiquées)

Nom de famille : Prénom :

Lien avec l'élève :

A contacter en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé(e) à venir chercher l'élève : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

PERSONNE A CONTACTER (Si différentes des personnes déjà indiquées)

Nom de famille : Prénom :

Lien avec l'élève :

A contacter en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé(e) à venir chercher l'élève : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

PERSONNE A CONTACTER (Si différentes des personnes déjà indiquées)

Nom de famille : Prénom :

Lien avec l'élève :

A contacter en cas d'urgence : OUI NON

Autorisé(e) à venir chercher l'élève : OUI NON

Tél portable : Tél Domicile : Tél Travail :

SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restauration scolaire : OUI NON Garderie MATIN : OUI NON

Transport Scolaire : OUI NON Garderie SOIR : OUI NON

Étude surveillée : OUI NON

Date :

Signature(s) des représentants légaux :

Codes des professions et des catégories socio-professionnelles (CSP)

Code *	Libellé
AGRICULTEURS EXPLOITANTS	
10	Agriculteurs exploitants
ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE	
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES	
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES	
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44	Clergé, religieux
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
EMPLOYÉS	
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprises
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers

Code *	Libellé
OUVRIERS	
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
RETRAITÉS	
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements

Conforme au BO HS n°1 du 6/01/2000 : Protocole nationale sur l'organisation des soins et des urgences

Nom de l'élève : Prénom : Classe :

Date de naissance : / / Lieu de naissance & N° département

➤ En cas d'accident, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone

Nom, prénom et adresse de la mère et/ou du représentant légal :

.....

E-mail :

N° de tel du domicile :

N° de tel portable :

N° de tel du travail :

Nom, prénom et adresse du père et/ou du représentant légal :

.....

E-mail :

N° de tel du domicile :

N° de tel portable :

N° de tel du travail :

N° de sécurité sociale (du parent dont dépend l'enfant) :

Adresse du centre de sécurité sociale :

N° d'assurance scolaire :

Nom et Adresse de l'assurance scolaire :

Autre(s) personne(s) que les parents à prévenir en cas d'urgence

Et susceptible(s) de vous prévenir rapidement :

Nom & prénom : Téléphone :

Nom & prénom : Téléphone :

➤ En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

→ Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'école (Allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...)

.....

.....

.....

→ Nom du médecin traitant : N° tél :

Fait à, le **Signatures des parents :**



169, avenue de Grasse
06580 PÉGOMAS



Horaires d'ouverture
Du lundi au vendredi

8h - 12h
13h30 - 16h30

DOSSIER D'INSCRIPTION
CANTINE SCOLAIRE / PERISCOLAIRE / CENTRE DE LOISIRS
(VALABLE POUR LA DUREE DU CYCLE SCOLAIRE : MATERNELLE 3 ans ou ELEMENTAIRE 5 ans)

ECOLE D'AFFECTATION

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Dérégation de secteur Dossier réceptionné le

Dérégation hors commune N° enregistrement

Ecole précédente 2021/2022 classe

..... 2022/2023 classe

Niveau N-1 2023/2024 classe

..... 2024/2025 classe

ONDE 2025/2026 classe



L'ENFANT : Fille Garçon

Nom (en majuscule) : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance : Dpt :

Nationalité :

Adresse 1 : Adresse 2 :

CP Ville : CP Ville :

L'enfant a-t-il des frères et sœurs inscrits à l'école sur la commune --- OUI NON

Nom Prénom Ecole et classe prévues

Nom Prénom Ecole et classe prévues

Nom Prénom Ecole et classe prévues

A-t-il des contre-indications alimentaires ? ----- OUI NON

Protocole Accueil Individualisé P.A.I ----- OUI NON

Doit-il prendre un traitement médical pendant le temps scolaire ? ----- OUI NON

J'accorde à la Mairie de Pégomas le droit à l'image de mon enfant

dans le cadre de reportages photographiques et vidéos ----- OUI NON

CANTINE SCOLAIRE LUNDI MARDI JEUDI VENDREDI

PERISCOLAIRE MATIN 1H SOIR 1H 2H

CENTRE DE LOISIRS MERCREDI VACANCES SCOLAIRES

J'accepte de recevoir par voie dématérialisée mes factures

OUI

NON

Email :@.....

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tel fixe : Portable :

Email :

Profession : Employeur :

Marié(e) Pacsé(e) En couple Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Autorité parentale : OUI NON

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tel fixe : Portable :

Email :

Profession : Employeur :

Marié(e) Pacsé(e) En couple Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Autorité parentale : OUI NON

DIVORCE/SEPARATION : Extrait du jugement du tribunal attestant la garde de l'enfant OUI NON

Garde alternée OUI NON

Si changement familial en cours d'année, prière d'informer le pôle éducation pour mise à jour du dossier

RENSEIGNEMENTS EVENTUELS CONCERNANT LES CONJOINTS DES PARENTS

Conjoint du PERE	Conjoint de la MERE
Nom & Prénom	Nom & Prénom
Tel Portable :	Tel Portable :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
Tel fixe :	Tel fixe :

N°SS RESPONSABLE DE L'ENFANT..... N°ALLOCATAIRE CAF.....

(La communication du N°CAF autorise la Mairie de Pégomas à consulter votre Quotient Familial sur le compte partenaire CAF)

NOM ASSURANCE EXTRA SCOLAIRE N° CONTRAT

AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

En cas de problèmes ou d'accident à l'école, les parents ou responsables légaux seront prévenus. S'il n'est pas possible de les joindre, les personnes seront appelées dans l'ordre ci-dessous.

L'enfant sera conduit si nécessaire par les pompiers à l'hôpital de Grasse.

1 / Nom :Prénom :

Tel fixe : Portable :

Lien avec l'enfant :

Personne autorisée à venir chercher l'enfant : oui non - A contacter en cas d'urgence : oui non

2 / Nom :Prénom :

Tel fixe : Portable :

Lien avec l'enfant :

Personne autorisée à venir chercher l'enfant : oui non - A contacter en cas d'urgence : oui non

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT MUNIES D'UNE PIECE D'IDENTITE

(AGE MINIMUM REQUIS 12 ANS REVOLU)

NOM	PRENOM	TELEPHONE FIXE	PORTABLE
Les personnes non désignées ci-dessus sont priées de se présenter à la Direction du Centre, avec un justificatif daté et signé des parents autorisant le départ de l'enfant, CE QUI VAUDRA DECHARGE DE RESPONSABILITE.			

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier et m'engage à informer le Pôle Education de la commune de Pégomas de tout changement qui pourrait survenir durant la scolarité de mon enfant.

Pégomas, le

Signature du responsable légal de l'enfant, précédé de la mention « Lu et approuvé le règlement intérieur »

LES ADMISSIONS A LA RESTAURATION SCOLAIRE SE FONT DANS LA LIMITE DES PLACES D'ACCUEIL DISPONIBLES. LA PRIORITE RESTANT AUX ENFANTS DONT LES 2 PARENTS TRAVAILLENT.

Si votre dossier de restauration scolaire est accepté, un numéro d'enregistrement vous sera attribué.

POUR TOUTE NOUVELLE INSCRIPTION, IL EST IMPERATIF QUE TOUTES LES FACTURES SOIENT SOLDEES.
LES FACTURES SONT A REGLER A RECEPTION.
UN IMPAYE PEUT ENTRAINER LA DESINSCRIPTION DE LA RESTAURATION SCOLAIRE.

TARIFICATION

Les tarifs des accueils périscolaires et extrascolaires sont calculés en fonction du quotient familial de chaque famille avec un taux d'effort spécifique à chaque activité et peuvent donc évoluer à chaque rentrée scolaire.

Périscolaire matin et soir :

Tarif QF (minimum de 270 € et maximum de 1 850 €) x taux d'effort de 0.97 %

Mercredi et vacances scolaires :

Tarif QF (Minimum de 378 € et maximum de 1 660 €) x taux d'effort de 0.90 %

Cantine scolaire :

Périscolaire midi ou forfait interclasse :

Tarif QF (Minimum de 270 € et maximum de 1 850 €) x Taux d'effort de 1.45 %
et

Repas cantine : Le tarif appliqué est basé sur un prix fixe, révisable chaque année, selon l'indice national de la restauration scolaire.

MOYENS DE PAIEMENT

- Par prélèvement automatique (faire la demande au régisseur du Pôle Education).
 - par carte bancaire sur le portail « Les Parents Services »
(des codes personnels seront attribués à chaque famille et sont indiqués sur la facture).
 - par chèque bancaire à l'ordre du Régisseur Enfance.
 - par chèque C.E.S.U. pour les familles bénéficiaires
(selon le montant indiqué sur la facture).
 - en espèces.

Les factures sont payables tous les mois, avant le 15 du mois suivant.

Nos coordonnées téléphoniques :

Pôle Education : 04 92 60 20 60 (8h-12h/13h30-16h30)

Centre de Loisirs (A.C.M « Les 4 Saisons »)

ou Périscolaire primaire Jean Rostand Haut : 04 93 42 22 21

Périscolaire élémentaire « Les Eucalyptus » : 04 92 60 20 66

Périscolaire Maternelle Jean Rostand : 04 93 42 23 45

Périscolaire Maternelle Jules Ferry : 04 93 40 75 77

Ce document a été soumis à déclaration C.N.I.L. (Commission Nationale Informatique et Liberté)

Le Pôle Education Enfance Jeunesse, en charge des activités périscolaires de la Ville de Pégomas dispose de moyens informatiques destinés à gérer plus facilement les informations recueillies sur les fiches d'inscription que vous avez remplies. Les informations enregistrées sont réservées à l'usage du service concerné et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : personnel de surveillance en charge des enfants, Régisseur, Enseignant, Directeur de l'école, Service Education, Centre Finances Municipal.

Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à la Direction susnommée.



169, avenue de Grasse
06580 PÉGOMAS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON


Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Education Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir du carnet de santé

I. ENFANT

NOM : PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : GARCON FILLE

II. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant et joindre les photocopies des pages correspondantes).

VACCINS OBLIGATOIRES	DATES	DATES DES DERNIERS APPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie			Hépatite B	
Tétanos			BCG	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT polio			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou Tétracoq			Autres (préciser)	

 Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<u>RUBEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>VARICELLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ANGINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>SCARLATINE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>COQUELUCHE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OTITE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ROUGEOLE</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>OREILLONS</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ASTHME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA EU DES REACTIONS ALLERGIQUES ?

<u>MEDICAMENTEUSES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ALIMENTAIRES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>ASTHME</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<u>AUTRES</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

SI OUI PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE, LES SIGNES EVOCATEURS ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler) :

.....
.....

VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTECEDENTS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCUEIL ?

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

SI OUI PRECISEZ LESQUELS, LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

.....
.....



III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?

OUI NON

SI OUI LEQUEL ?

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AINSI QUE LES MEDICAMENTS DANS LEURS EMBALLAGES D'ORIGINE MARQUES AU NOM DE L'ENFANT AVEC LA NOTICE. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UN P.A.I ? (Protocole Accueil Individualisé)

OUI NON

SI OUI, PRECISEZ ET JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU P.A.I QUI DOIT ETRE RENOUVELLE TOUS LES ANS.

P.A.I : Santé

P.A.I : Alimentaire

VOTRE ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ?

OUI NON

SI OUI LEQUEL ?

VOTRE ENFANT BENEFICIE-T-IL D'UNE AEEH ? (Allocation Education Enfant Handicapé)

OUI NON

SI OUI, JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ATTESTATION.

SI NON, DOSSIER DE DEMANDE AEEH EN COURS DE CREATION OU D'INSTRUCTION

OUI NON

IV. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne ou diurne.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

N° tél : domicile : travail Portable

N° de Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

Nom du médecin traitant : Tél :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature du responsable légal :