



Année  
scolaire  
2023-2024

## DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

La mairie de Ferrières-en-Gâtinais a instauré un dossier unique par enfant, pour l'inscription à l'école de la Cléry. Attention : dorénavant l'inscription aux activités périscolaires devra se faire **OBLIGATOIREMENT** en ligne sur **le Portail Famille\***.

Ce dossier comprend les fiches suivantes :

Pour la commune :

- Fiche de renseignements (fiche 1)
- Fiche de première inscription scolaire (fiche 2)

Pour l'école :

- Fiche de renseignements
- Personnes à appeler en cas d'urgence
- Fiche sanitaire

*Une fois votre inscription faite, si vous avez des modifications de coordonnées à apporter, merci de vous rendre directement en ligne sur le Portail Famille.*

Il vous est demandé de compléter ce dossier qu'il est possible de télécharger sur le site internet de la ville :

 [www.ferrieresengatinais.fr](https://www.ferrieresengatinais.fr) (<https://www.ferrieresengatinais.fr/groupe-scolaire-de-la-clery/>)

Pièces justificatives	École	Restauration Scolaire	Accueil Périscolaire
Copie du livret de famille ou de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant	X		
Copie du carnet de santé (certificats de vaccinations et des maladies infantiles obligatoires)	X		
Copie du jugement de divorce ou de séparation s'il y a lieu Si aucune procédure n'a été engagée, fournir une lettre manuscrite signée par les 2 parents, indiquant le nom de la personne responsable désignée avec pièce d'identité	X		
Copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois	X		
Dérogation accordée par le Maire de la commune de résidence (si vous n'êtes pas domicilié à Ferrières, Chevannes, Chevy sous le Bignon ou le Bignon Mirabeau)	X		
Copie de l'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant	X		
Fiche sanitaire CERFA complétée et signée			X
Justificatif CAF mentionnant le numéro d'allocataire			X

Le dossier unique complété et signé, accompagné des pièces justificatives, doit être transmis à :



**Mairie de Ferrières-en-Gâtinais - Service des Affaires scolaires**  
**Cour de l'Abbaye - BP 29 - 45210 Ferrières-en-Gâtinais**  
**02 38 96 52 90 / scolaire@ferrieresengatinais.fr**



Les informations à caractère personnel collectées sont destinées au service affaires scolaires de la Mairie de Ferrières-en-Gâtinais, responsable du traitement informatique de ces données. Leur conservation n'excédera pas le délai nécessaire à l'exécution de la procédure pour laquelle ces données auront été communiquées. Conformément à loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et de portabilité de vos données personnelles communiquées. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez envoyer mail à l'adresse [mairie@ferrieresengatinais.fr](mailto:mairie@ferrieresengatinais.fr) en indiquant dans le sujet «Données personnelles». Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire 2023-2024

Lorsque vous aurez transmis votre dossier unique d'inscription à la Mairie, le service des Affaires scolaires vous remettra votre code abonné pour la création de votre compte citoyen sur **le Portail Famille\***. Le Portail Famille vous permettra d'inscrire vos enfants aux activités périscolaires (restauration scolaire et accueil périscolaire).



## Enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

## Santé de l'enfant

Prise en charge médicale particulière :  oui  non Préciser : .....

Autre : .....

## Assurance Responsabilité Civile ou extrascolaire

Compagnie : .....

Numéro de police : .....

## Représentants légaux



Responsable 1 :  
*Responsable de la gestion du Portail Famille (inscriptions et facturations).*

Mme  M.

Nom : .....

Prénom : .....

Père  Mère  Tuteur  Autre : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

.....

.....

Domicile : .....

Portable : .....

Professionnel : .....

Courriel : .....

@ Courriel : .....

N° d'allocataire :  CAF : .....

MSA : .....

Responsable 2 :

Mme  M.

Nom : .....

Prénom : .....

Père  Mère  Tuteur  Autre : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Profession : .....

Nom et adresse de l'employeur : .....

.....

.....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

.....

.....

Domicile : .....

Portable : .....

Professionnel : .....

@ Courriel : .....

N° d'allocataire :  CAF : .....

MSA : .....

## Autres enfants dans la fratrie



Nom	Prénom	Date de naissance	École / structure d'accueil

## Retour de l'enfant au domicile après les activités périscolaires



Mon enfant scolarisé est autorisé à rentrer seul au domicile :  oui  non

Si NON, en dehors des responsables légaux, personnes autorisées à venir le chercher :

Nom - Prénom	Lien de parenté	N° de téléphone

## Autorisation de prise de vue



J'autorise la prise de vue pour mon enfant :  oui  non

Les photos ou films des activités pourront être utilisés sur des supports de communication (dépliants, reportages visuels ou à destination des familles, presse locale, blogs, site internet officiel de la ville).

Je déclare sur l'honneur exacts tous les renseignements portés sur ce formulaire et m'engage à informer la Mairie de toute modification relative à mes coordonnées ou l'état de santé de mon enfant, pouvant intervenir en cours d'année.

A Ferrières-en-Gâtinais, le .....

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2



**Partie à compléter par le Maire de la commune de résidence :**

Je soussigné(e), .....

Maire de la commune de .....

Déclare avoir pris connaissance de la demande de dérogation scolaire ci-dessous indiquée

donne un **AVIS FAVORABLE**, la commune s'engageant à participer financièrement aux dépenses de scolarisation, à 100 % du coût par élève.

donne un **AVIS DÉFAVORABLE**

**Motif :** .....  
.....  
.....  
.....

Le .....

Le Maire de la commune d'accueil

Le Maire de la commune de résidence

À Ferrières-en-Gâtinais, le .....

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

**Avis de la Commission Scolaire de Ferrières-en-Gâtinais :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# INFORMATION FICHE DE RENSEIGNEMENTS pour l'école

À l'attention des familles

## À quoi sert cette fiche ?

Les informations qui vous sont demandées sur cette fiche sont importantes pour vos relations avec l'école.

Elles sont indispensables à la directrice ou au directeur de l'école pour :

- vous connaître,
- vous contacter à tout moment, en particulier en cas d'urgence,
- identifier les personnes que vous autorisez à venir chercher votre enfant à l'école,
- savoir à quelle adresse peut vous être envoyé un courrier postal ou électronique concernant la scolarité de votre enfant.

C'est pourquoi il vous est demandé de remplir cette fiche avec le plus grand soin et de signaler tout changement en cours d'année.

Enfin, ces informations sont également utiles à l'académie et au ministère pour mieux connaître les écoles et améliorer leur fonctionnement.

## L'application Onde

Les informations que vous fournissez au moyen de cette fiche sont enregistrées par la directrice ou le directeur de l'école dans l'application informatique « Onde » (Outil numérique pour la direction d'école) mise à disposition par le ministère de l'éducation nationale.

Cette application, déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), est couverte par l'arrêté ministériel du 20 octobre 2008 (actualisé en 2017) qui en définit les caractéristiques : objectifs poursuivis, modalités de mise en œuvre, données personnelles enregistrées, durée de conservation et conditions d'accès des personnes autorisées à y accéder et, enfin, droits des personnes dont les données sont enregistrées.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez de droits d'accès et de rectification ainsi que d'un droit d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui vous concernent :

- les droits d'accès et de rectification prévus aux articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 s'exercent soit sur place, soit par voie postale, soit par voie électronique auprès du directeur d'école, de l'inspecteur de l'éducation nationale de la circonscription ou du directeur académique des services de l'éducation nationale agissant sur délégation du recteur d'académie;
- le droit d'opposition prévu à l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 s'exerce soit par voie postale, soit par voie électronique auprès du directeur académique des services de l'éducation nationale du département où se trouve l'école.

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

### ÉLÈVE

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Prénom(s) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de naissance (commune et département) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLES

**Mère/Père/Tuteur** (rayer les mentions inutiles) Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : \_\_\_\_\_ (se référer à la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui  Non

**Mère/Père/Tuteur** : (rayer les mentions inutiles) Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : \_\_\_\_\_ (se référer à la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui  Non

**Autre responsable** (personne qui à la charge effective de l'enfant)

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Frères/Sœur/Grand-père/Grand-mère/Oncle/Tante/Autres (à préciser) ou personne morale

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves Oui  Non

Nous ne souhaitons pas que notre enfant soit photographié(e) ou filmé(e) pendant les activités scolaires

### SERVICES PÉRISCOLAIRES

Restaurant scolaire : Oui  Non  Garderie matin : Oui  Non

Études surveillées : Oui  Non  Garderie soir : Oui  Non

Transport scolaire : Oui  Non

## LISTE DES PROFESSIONS ET DES CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Code(*)	Libellé
11	Agriculteurs sur petite exploitation
12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
13	Agriculteurs sur grande exploitation
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
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
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 et commerciales des entreprises
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
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
71	Anciens agriculteurs exploitants
72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Élèves, étudiants
85	Personnes diverses sans activités professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes diverses sans activités professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)
99	Non renseignée (inconnue ou sans objet)

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



**PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  À appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  Autorisé à prendre l'enfant  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Date :

Signature des représentants légaux :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

\_\_\_\_\_

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

#### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---