

FICHE D'INSCRIPTION SCOLAIRE OBLIGATOIRE 2025-2026

Suivez toute l'actualité du SIVOS sur Panneau Pocket



À RETOURNER AU PLUS TARD LA DERNIÈRE SEMAINE DE JUIN

1. Enfant à inscrire

Nom : Prénom :

Date de naissance : Masculin ☐ Féminin ☐

Lieu et Département de naissance

Adresse de l'enfant :

Code postal : Ville :

2. Inscription à l'école

Ecole de rattachement :

Maternelle ☐ Élémentaire ☐ Classe :

3. Informations concernant les représentants légaux

	PARENT 1 (Père, mère, tuteur)	PARENT 2 (Père, mère, tuteur)
NOM Prénom		
Nom d'usage (marital)		
Adresse		
Code postal		
Ville		
Téléphone fixe ou portable		
Mail (indispensable)		
N° CAF ou MSA pour Quotient Familial		
Situation familiale	Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Pacsé (e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Séparé(e) ☐	Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Pacsé (e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Séparé(e) ☐
En cas de séparation	Précisez l'adresse de résidence principale de l'enfant : ☐ Résidence principale de l'enfant : chez le parent 1 ☐ chez le parent 2 ☐ ☐ résidence alternée, fournir une copie du jugement, ou une attestation signée des 2 parents	

4. Assurance de l'enfant (obligatoire pour les activités périscolaires)

Responsabilité civile : oui ☐ non ☐ Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐

5. Informations concernant les activités périscolaires

Votre enfant participera-t-il à :

Cantine : ☐ Oui ☐ Non si oui, il est impératif d'inscrire votre (vos) enfant(s) en complétant **la fiche prévue à cet effet.**

Garderie du matin : ☐ Oui ☐ Non

Garderie du soir : ☐ Oui ☐ Non si oui, il est impératif d'inscrire votre (vos) enfant(s) en complétant **la fiche prévue à cet effet.**

6. Transports scolaires : l'inscription se fait uniquement sur nomad.normandie.fr

Pour la répartition des enfants dans le bus, le SIVOS doit connaître :

➤ Le nom de l'arrêt :

Arrêt de montée :

Arrêt de descente :

➤ Autorisation parentale pour descendre du bus accompagné :

Je soussigné(Nom et Prénom des parents) autorise mon fils/ ma fille (Nom et Prénom de l'enfant)..... à descendre du bus qui sera accompagné de (si autre que les parents légaux) :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX			
NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél (domicile ou portable)

➤ Autorisation parentale pour descendre du bus seul :

Je soussigné(Nom et Prénom des parents autorise mon fils/ ma fille (Nom et Prénom de l'enfant) à descendre seul (e) du bus toute l'année scolaire .

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à constituer votre dossier et à permettre sa gestion d'ensemble. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par Règlement Général de Protection des Données personnelles européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, les données personnelles qui peuvent être recueillies sont exclusivement destinées au SIVOS. Aucune information personnelle vous concernant n'est cédée à des tiers ou utilisée à des fins non prévues. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement des données recueillies. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données au secrétariat du SIVOS, 20 rue de l'Eglise 76850 GRIGNEUSEVILLE – Tél 02 35 78 87 65

FICHE D'INSCRIPTION GARDERIE

➤ Renseignements concernant le ou les enfants :

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Masculin** ☐ **Féminin** ☐

École d'affectation : ☐ d'Etampuis ☐ de Grigneuseville ☐ de Bracquetuit

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Masculin** ☐ **Féminin** ☐

École d'affectation : ☐ d'Etampuis ☐ de Grigneuseville ☐ de Bracquetuit

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Masculin** ☐ **Féminin** ☐

École d'affectation : ☐ d'Etampuis ☐ de Grigneuseville ☐ de Bracquetuit

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Masculin** ☐ **Féminin** ☐

École d'affectation : ☐ d'Etampuis ☐ de Grigneuseville ☐ de Bracquetuit

	PARENT 1 (Père, mère, tuteur)	PARENT 2 (Père, mère, tuteur)
NOM Prénom		
Nom d'usage (marital)		
Adresse CP Ville		
Téléphone fixe ou portable		
Mail (indispensable)		
Situation familiale	Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Pacsé (e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Séparé(e) ☐	Célibataire ☐ Marié (e) ☐ Pacsé (e) ☐ Vie maritale ☐ Veuf (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Séparé(e) ☐
En cas de séparation	Précisez l'adresse de résidence principale de l'enfant : ☐ Résidence principale de l'enfant : chez le parent 1 ☐ chez le parent 2 ☐ ☐ résidence alternée, fournir une copie du jugement, ou une attestation signée des 2 parents	

➤ Renseignements concernant la fréquentation de la garderie

Le matin : les enfants sont accueillis jusqu'au passage du car. Les animatrices les accompagnent jusqu'à la montée du car. Ils sont ensuite pris en charge par le personnel du SIVOS accompagnateur du transport scolaire.

Le soir : les enfants sont accueillis et pris en charge à l'arrivée de leur car. Un goûter est servi par les animatrices après 16h30.

**Cocher les jours de fréquentation*

GARDERIE RÉGULIÈRE*	MATIN Au plus tôt 7h00	SOIR Au plus tard 19h00
lundi		
mardi		
jeudi		
vendredi		
GARDERIE OCCASIONNELLE		

➤ Renseignements concernant les personnes autorisées à venir chercher le ou les enfants (en dehors des responsables légaux)

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT EN DEHORS DES RESPONSABLES LÉGAUX			
NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél (domicile ou portable)

➤ Renseignements concernant le ou les responsable(s) des paiements

Tarifs de la garderie : 3.00€ de l'heure (toute heure commencée est due)

25€ prélevé au mois de septembre pour le forfait annuel par famille pour les frais d'inscription

Destinataire(s) de la facturation : ☐ Responsable 1 ☐ Responsable 2 ☐ si alternée, préciser les semaines concernées par l'un ou l'autre des responsables.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à constituer votre dossier et à permettre sa gestion d'ensemble. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par Règlement Général de Protection des Données personnelles européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, les données personnelles qui peuvent être recueillies sont exclusivement destinées au SIVOS. Aucune information personnelle vous concernant n'est cédée à des tiers ou utilisée à des fins non prévues. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement des données recueillies. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données au secrétariat du SIVOS, 20 rue de l'Eglise 76850 GRIGNEUSEVILLE – Tél 02 35 78 87 65

COMPLÉTER LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON, À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT (1 seule pour cantine et/ou garderie)

FICHE INSCRIPTION CANTINE

📍 Renseignements concernant l'enfant :

Nom : **Prénom** :

Date de naissance : **Masculin** ☐ **Féminin** ☐

Cantine de : ☐ Grigneuseville ☐ Etainpuis

1. Fréquentation de la cantine

Mon enfant ne mangera pas à la cantine, les jours suivants durant l'année 2025-2026.

☐ LUNDI ☐ MARDI ☐ JEUDI ☐ VENDREDI

Cocher les jours où il ne mange pas

2. Renseignements médicaux

Nom du médecin traitant :

Tél :

COMPLÉTER LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON, À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT (1 seule pour cantine et/ou garderie)

PAI (Projet d'Accueil Individualisé), document mis en place avec le directeur d'école ☐ Oui ☐ Non

Allergies alimentaires : Oui ☐ Précisez :

Asthme : Oui ☐ Non ☐ Allergies médicamenteuses oui ☐ Précisez :

3. Personnes à prévenir en cas d'urgence

NOM	Prénom	Lien avec l'enfant	Tél (domicile ou portable)

4. Renseignements concernant le ou les responsable(s) des paiements

Destinataire(s) de la facturation : ☐ Responsable 1 ☐ Responsable 2 ☐ si alternée, préciser les semaines concernées par l'un ou l'autre des responsables.

Les prix du repas sont calculés en fonction du quotient familial des familles.

Cette attestation est téléchargeable sur le site de votre CAF.

Si l'attestation n'est pas fournie avec le dossier vous ne pourrez bénéficier de l'aide, aucun retard ne sera toléré et le repas sera facturé plein pot.

5. Renseignements sur les repas

Les menus sont affichés dans les écoles et sur le Panneau Pocket du Sivos. Ce sont nos agents qui préparent les repas de vos enfants et nous faisons appel à un prestataire qui a la charge de nous approvisionner en produits bruts afin que nos agents les transforment.

Pour plus de précisions se reporter sur le règlement cantine

SIVOS

BRACQUETUIT ETAIMPUIS GRIGNEUSEVILLE

BRACQUETUIT ETAMPUIS GRIGNEUSEVILLE

Ce document est à nous retourner pour les nouveaux arrivants, si vous désirez être prélevé pour vos factures de cantine garderie.

Pour les autres, que si vos coordonnées bancaires ont changé et que vous désirez toujours être prélevé.

Un seul exemplaire par famille. Si plusieurs factures par enfant en cas de garde alternée, un exemplaire par parent facturé.

Remplissez bien chaque ligne.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA	
Référence unique du mandat :	
Type de contrat :	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) (NOM DU CREANCIER) à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de (NOM DU CREANCIER). Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.	
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	IDENTIFIANT CREANCIER SEPA FR
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER Nom, prénom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :	DESIGNATION DU CREANCIER Nom : Adresse : Code postal : Ville : Pays :
DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER	
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) I B A N IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) ()	
Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif ☒ Y Paiement ponctuel ☐ N	
Signé à : Le (JJ/MM/AAAA) :	Signature :
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) : Nom du tiers débiteur :	

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par (NOM DU CREANCIER). En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec (NOM DU CREANCIER).

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

SIVOS

BRACQUETUIT ETAIMPUIS GRIGNEUSEVILLE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐

FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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 AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☒ non ☐

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☒ non ☐

oui ☐ non ☐

AUTRES.....

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

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

Je soussigné,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.

Signature :

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

[illegible][illegible]