



SERVICE SCOLAIRE
scolaire@frouard.fr
03 83 49 59 83

ÉCOLE ÉLÉMENTAIRE & MATERNELLE

INSCRIPTION SCOLAIRE - 2026/27

Niveau Maternelle

Classe Petite section Moyenne section Grande section
Ecole Jean Zay Louise Michel Paul Langevin

Niveau Elementaire

Classe CP CE1 CE2 CM1 CM2
Ecole Colvis Vallès Elsa Triolet Raymonde Piecuch

Demande de dérogation : Oui Non Si oui, école souhaitée :

Si demande de dérogation, se référer au règlement disponible sur le site www.frouard.fr
ou à l'accueil de l'Hôtel de Ville

Tout dossier incomplet sera refusé

JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois : facture (gaz, électricité, eau, charges), quittance de loyer, bail.
- Copie du livret de famille
- Copie recto/verso de la pièce d'identité des responsables légaux
- En cas de séparation, copie du jugement fixant la résidence de l'enfant
- Copie de la partie « Vaccination » du carnet de santé ou certificat médical attestant les vaccinations

L'ENFANT

Nom : Prénom(s) : F M
Adresse : CP, Ville :
Ecole fréquentée précédemment (nom et adresse) :
Garde de l'enfant conjointe mère père alternée Né(e) le : à :

RESPONSABLE 1

Civilité Madame Monsieur Autorité parentale
Nom/Prénom :
Qualité (mère, père, beau-père, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :
Né(e) le : / /
Adresse :
CP, Ville :
Tél.portable :
Adresse mail :

RESPONSABLE 2

Civilité Madame Monsieur Autorité parentale
Nom/Prénom :
Qualité (mère, père, beau-père, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :
Né(e) le : / /
Adresse :
CP, Ville :
Tél.portable :
Adresse mail :

FRERE(S) ET SOEUR(S)

Nom/Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée n-1
.....
.....
.....



RESTAURATION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

Mon enfant participera au périscolaire Oui Non
Mon enfant déjeunera à la restauration scolaire Oui Non

Si oui, fiche d'inscription (et fiche sanitaire) ci-dessous ou à télécharger sur www.frouard.fr

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

J'autorise à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à informer les services de l'Enseignement de toute modification importante concernant l'état de santé de mon enfant pouvant intervenir en cours d'année.

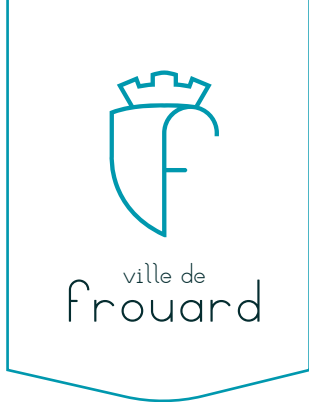
Fait à le

SIGNATURES OBLIGATOIRES

RESPONSABLE 1

RESPONSABLE 2

Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »



RESTAURATION SCOLAIRE & PÉRISCOLAIRE

INSCRIPTION - 2026/27

Dossier à rendre en Mairie de Frouard aux heures d'ouverture
ou par courriel : restauration.scolaire@frouard.fr

Tout dossier incomplet sera refusé

SERVICE RESTAURATION SCOLAIRE

restauration.scolaire@frouard.fr
03 83 49 59 83



JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Attestation de quotient familial CAF ou Avis d'imposition N-1 ou non-imposition du foyer fiscal (à défaut, application du QF maximum)
Si absence d'attestation de quotient familial, copie de la carte allocataire CAF ou N° d'allocataire CAF ou autre régime d'allocataire (MSA)
- Photocopie de l'attestation d'assurance (responsabilité civile)
- En cas de séparation des parents, joindre la photocopie de la décision de justice fixant les modalités d'exercice de l'autorité parentale et d'hébergement
- Fiche sanitaire de liaison (Cerfa n° 10008*02 disponible sur la page suivante), complétée et signée
- RIB et mandats de prélèvement SEPA
- P.A.I. (si concerné)
- Notification MDPH (si concerné)

L'ENFANT

Nom : Prénom(s) : F M

Adresse : CP, Ville :

Ecole fréquentée : Classe :

Garde de l'enfant conjointe mère père alternée Né(e) le : à :

RESPONSABLE 1

Civilité Madame Monsieur Autorité parentale

Nom/Prénom :

Qualité (mère, père, beau-père, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :
..... Né(e) le : / /

Adresse :

CP, Ville :

Tél.portable :

Adresse mail :

Nom et adresse de l'employeur :

Tél. employeur :

RESPONSABLE 2

Civilité Madame Monsieur Autorité parentale

Nom/Prénom :

Qualité (mère, père, beau-père, belle-mère, tuteur, tutrice, autre) :
..... Né(e) le : / /

Adresse :

CP, Ville :

Tél.portable :

Adresse mail :

Nom et adresse de l'employeur :

Tél. employeur :

OBLIGATOIRE POUR LE CALCUL DES PRESTATIONS

N° Allocataire C.A.F :

Autre régime : N° d'allocataire (MSA) :

QF C.A.F : Bénéficiaire AEEH Si oui, fournir notification MDPH



RESTAURATION SCOLAIRE – 11H30 À 13H20	
<input type="radio"/> ACCUEIL REGULIER JOURS DE PRÉSENCE :	<input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <i>Cochez les jours de présence</i> <input type="checkbox"/> Date souhaitée du 1 ^{er} jour de cantine :
<input type="radio"/> ACCUEIL OCCASIONNEL :	Réservez sur le portail famille du Bassin de Pompey avant le mardi midi pour la semaine suivante : www.bassinpompey.portail-familles.net
REGIME ALIMENTAIRE : (1 seul choix possible)	<input type="checkbox"/> Tout aliment <input type="checkbox"/> Sans porc <input type="checkbox"/> Sans viande
ALLERGIE ALIMENTAIRE :	<input type="checkbox"/> P.A.I. (Projet d'accompagnement individualisé) en cours nécessitant un panier repas fourni par la famille. PAI à fournir avec l'inscription <input type="checkbox"/> P.A.I. (Projet d'accompagnement individualisé) à la lecture des menus sous la responsabilité des parents. PAI à fournir avec l'inscription
BESOIN SPECIFIQUE	Dossier MDPH : <input type="radio"/> en cours <input type="radio"/> validé <input type="checkbox"/> Bénéficiaire AESH (notification à fournir) <input type="checkbox"/> Bénéficiaire AEEH

EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom(s) :
 Tél. :
 Nom de la compagnie d'assurance (responsabilité civile) N° du contrat assurant l'enfant :

MODE DE FACTURATION

PERSONNE(S) FACTUREE(S)	<input type="checkbox"/> RESPONSABLE 1 <input type="checkbox"/> RESPONSABLE 2 Selon garde alternée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non autre, préciser :
MODE DE PAIEMENT	<input type="checkbox"/> En ligne par carte bancaire via le Portail Famille : https://bassinpompey.portail-familles.net <input type="checkbox"/> Par prélèvement automatique (joindre un RIB) <input type="checkbox"/> Par chèque à l'ordre de SGC Nancy, Cité Administrative BP 40023 45, rue Sainte Catherine 54035 Nancy Cedex <i>veuillez joindre le talon détachable de votre facture à votre chèque, sans le coller ni l'agrafer</i> <input type="checkbox"/> En numéraire à la Cité Administrative de Nancy. <i>Veuillez rapporter le talon détachable de votre facture. Un reçu vous sera remis.</i>

- J'autorise la diffusion publique, par la ville de Frouard des photographies et vidéos contenant des images de mon enfant
 J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à la fin des différentes activités (uniquement pour les enfants des écoles élémentaires sur décharge écrite)
 J'autorise le(s) personne(s) majeure(s) ci-après, à déposer ou à reprendre mon enfant :

NOM & PRENOM	LIEN AVEC L'ENFANT	TELEPHONE OBLIGATOIRE

- Déclare avoir pris connaissance des règlements de fonctionnement joints à ce dossier et les accepter
 Déclare sur l'honneur toutes les informations exactes

Fait à le

SIGNATURES OBLIGATOIRES

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2

Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »

Tout changement de coordonnées téléphoniques ou de domicile est à signaler dans les plus brefs délais

RESTAURATION SCOLAIRE

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT

ENFANT(S) CONCERNÉ(S) :

Prénom, Nom :

Prénom, Nom :

Prénom, Nom :

TYPE DE CONTRAT : Prélèvement Restauration Scolaire

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Communauté de Communes du Bassin de Pompey à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Communauté de Communes du Bassin de Pompey. 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.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

FR63ZZZ822A81

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Prénom, Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : BASSIN DE POMPEY

Adresse : rue des 4 éléments

Code postal : 54390

Ville : POMPEY

Pays : FRANCE

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

.....

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

.....

TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent

Fait à le

Signature

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

TIERS DÉBITEUR

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même et le cas échéant) :

Nom du tiers débiteur :

Rappel : en signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Communauté de Communes du Bassin de Pompey. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différent directement avec la Communauté de Communes du Bassin de Pompey.

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.



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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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
