

CODIFICATIONS DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIALES

AGRICULTEURS

10- agriculteurs

ARTISANTS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISES

21- artisans

22- commerçants assimilés

23- chefs d'entreprises de dix salariés ou plus

CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES

31- profession libérales

33- cadres de la fonction publique

34- professeurs et assimilés

35- professions de l'information, des arts et des spectacles

37- cadres administratifs et commerciaux d'entreprises

38- ingénieurs et cadres technique d'entreprises

PROFESSIONS INTERMEDIAIRES

42- instituteurs et assimilés

43- professions intermédiaire 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

EMPLOYES

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 de services directs aux particuliers

OUVRIERS

61- ouvriers qualifiés

66- ouvriers non qualifiés

69- ouvriers agricoles

RETRAITES

71- retraités agriculteurs exploitants

72- retraités artisans, commerciaux et chefs d'entreprises

73- retraités cadres et professions intermédiaires

76- retraités employés et ouvriers

AUTRES INACTIFS

81- chômeurs n'ayant jamais travaillé

82- personnes sans activité professionnelle

Les informations que vous êtes tenus de fournir dans ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé des informations nominatives. La détention et le traitement de ces informations sont conforme au RGPD. Vous avez un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant que vous pouvez exercer soit auprès de votre établissement, soit auprès de votre rectorat d'académie.



Mairie - Ti ker
BOURBRIAC - BOULVRIAG



Ecole publique de Bourbriac

35 Hent Garenn

22390 BOURBRIAC

Maternelle : 02.96.43.43.70

Primaire : 02.96.43.43.71

ecole.0220744p@ac-rennes.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

Merci de compléter le dossier et de le déposer **en mairie**

Année scolaire 2026/2027

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Niveau de classe à l'inscription :

Documents justificatifs à fournir :

- Une photocopie complète du livret de famille
- Une photocopie du carnet de vaccinations (à fournir uniquement pour les nouveaux inscrits ou pour les élèves ayant eu une nouvelle vaccination)
- Une attestation d'assurance scolaire pour l'année 2026-2027
- Justificatif de domicile daté de moins de 3 mois
- Une attestation de quotient familial (CAF ou MSA permettant le calculer les droits aux repas à 1€ uniquement pour les nouveaux inscrits)
- Les fiches de renseignements
 - Fiche de renseignements médicaux
 - Fiche d'urgence
 - Droit à l'image, la voix et la vidéo
 - Fiche services périscolaires
- PAI si besoin (plan d'aide individualisé rédigé par le médecin scolaire en cas de difficultés de santé)
- Attestations employeurs précisant les horaires de travail pour les enfants fréquentant la garderie le matin (ouvrant à la gratuité)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom Prénom : Sexe :

Né(e) le : Lieu de naissance :

1er représentant légal

Nom Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Domicile : Travail : Portable :

Adresse mail (permettant la création de votre compte sur l'espace famille) :

Situation emploi : Occupe un emploi au chômage autre situation :

Profession : (voir au dos du dossier la liste des codes) :

Nombre total d'enfants à charge :

Autorisez-vous la communication de votre adresse à l'association des parents d'élèves : O N

2ème représentant légal

Nom Prénom : Lien de parenté :

Adresse :

Domicile : Travail : Portable :

Adresse mail (permettant la création de votre compte sur l'espace famille) :

Situation emploi : Occupe un emploi au chômage autre situation :

Profession : (voir au dos du dossier la liste des codes) :

Nombre total d'enfants à charge :

Autorisez-vous la communication de votre adresse à l'association des parents d'élèves : O N

Situation familiale des parents de l'élève

Marié(s) Union libre Divorcé(s) Célibataire Pacsés Séparés

En cas de divorce ou séparation, quelle est la résidence habituelle de l'enfant :

Chez le père Chez la mère Garde alternée

(Fournir une copie du jugement et un calendrier de garde alternée)

Mairie de Bourbriac – 11 place du Centre 22390 Bourbriac
02 96 43 40 21 – mairie@bourbriac.bzh

et sœurs)

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence et susceptible de venir chercher votre enfant

Nom Prénom :

Lien de parenté :

Domicile : Portable :

Nom Prénom :

Lien de parenté :

Domicile : Portable :

ASSURANCE SCOLAIRE (à compléter si le contrat est déjà souscrit, fournir une attestation)

Nom de la société ou de la mutuelle :

N° de contrat :

Dates et signatures des responsables

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom – Prénom :

Date de naissance :

Niveau à l'inscription :

SANTÉ

Ces données permettent de recueillir des informations nécessaires en cas d'urgence pour votre enfant, elles ne seront communiquées qu'en cas de nécessité et à un personnel habilité.

PAI (Protocole d'Accueil Individualisé)	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	Si oui joindre impérativement la copie
Lunettes	L'enfant porte-t-il des lunettes ? Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> Si oui, doit-il les porter en classe uniquement ? Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> Si oui, peut-il les porter en récréation ou pendant les séances de sport ? Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>		
Vaccinations (Fournir la copie du carnet de santé)	• BCG Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> • DTP Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> • Hépatite B Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> • Autres (précisez) :		
Allergies	• Asthme Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> • Médicamenteuse Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> précisez : • Alimentaires Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> précisez : • Autres Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> précisez : Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.		
Information importante			

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

Certifie exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

Signature du représentant légal :

FICHE D'URGENCE A REMPLIR PAR LES PARENTS

Nom – Prénom :

Date de naissance :

Niveau :

Ecole publique de Bourbriac et services périscolaires (cantine et garderie)

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....

En cas d'accident ou de problème médical, les enseignants ou personnels communaux s'efforceront de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **deux numéros de téléphone** :

1- N° de téléphone du domicile :

2- N° du travail du père : Portable :

3- N° du travail de la mère : Portable :

4- Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

- 1) En cas d'urgence, après appel au 15, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre de soins le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.
- 2) En cas d'urgence, après appel au 15, si l'état de santé ne nécessite pas de transfert vers une structure hospitalière, j'autorise l'établissement à suivre les prescriptions du médecin régulateur :

Oui ☐ Non ☐

Rappel : Un élève mineur ne peut sortir du centre de soins qu'accompagné de sa famille

Observations particulières que vous jugerez utiles à la connaissance de l'école ou du service périscolaire (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre). **En cas d'allergies alimentaires, de maladies chroniques ou de difficultés scolaires, prendre contact avec le centre de médecine scolaire à Guingamp au 02 96 44 01 01 pour établir un PAI (plan d'aide individualisé rédigé par le médecin scolaire)**

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

J'autorise l'école à transmettre par voie électronique, au service médical scolaire, les données suivantes (nom, prénom, date de naissance, sexe, établissement d'origine). Oui ☐ Non ☐

A, le

Signature des représentants légaux

Ecole publique de Bourbriac

Mairie de Bourbriac

Année scolaire 2026/2027 Droit image, voix et vidéo (pour une personne mineure)

Remarques préalables :

- ✓ **Il n'y aura aucun gros plan ni photo dégradante de votre enfant.** En outre, l'un des responsables légaux pourra demander le retrait d'une photo, vidéo ou enregistrement audio sur les réseaux de la commune en indiquant l'article concerné.
- ✓ **Il est évident qu'un nombre important de refus nous empêchera d'exploiter les actions et sorties alors que l'exploitation des activités pédagogiques constitue un travail intéressant pour les élèves.**

Je soussigné(e) :

Représentant légal 1 : Nom Prénom :

Représentant légal 2 : Nom Prénom :

AGISSANT EN QUALITÉ DE REPRÉSENTANT LÉgal DE L'ENFANT :

Nom et prénom : Niveau de classe :

AUTORISE ☐ REFUSE ☐ (cocher une case)

La prise d'une ou plusieurs photographies, voix et vidéos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) de mon enfant et l'utilisation de ces photos pour un affichage dans l'établissement ou pour des diaporamas pédagogiques qui restent dans l'établissement et ce, sans limitation de durée

AUTORISE ☐ REFUSE ☐ (cocher une case)

La prise d'une ou plusieurs photographies (captation, fixation, enregistrement, numérisation) de mon enfant et l'utilisation de ces photos pour un article dans la presse.

AUTORISE ☐ REFUSE ☐ (cocher une case)

L'enregistrement audio (voix uniquement) de mon enfant et la diffusion sur les réseaux de la commune et ce, sans limitation de durée

AUTORISE ☐ REFUSE ☐ (cocher une case)

La diffusion et la publication de photographies et vidéos, sur lesquelles figure mon enfant, pour des articles sur les réseaux de la commune et ce, sans limitation de durée.

Fait à le

Signature du 1^{er} représentant légal

Signature du 2^{ème} représentant légal

MANUELS SCOLAIRES / EMPRUNTS

L'école fournit à votre enfant un ou des livres (manuels, récits...). En outre, il lui est possible, dans certaines classes, d'emprunter des livres de bibliothèque.

Je soussigné(e) Mme, Mr m'engage, en cas de perte ou de détérioration, à rembourser ou remplacer les manuels scolaires ou les livres de bibliothèque fournis ou empruntés par mon enfant.

Signature du/des représentant(s) de l'élève

FICHE D'INSCRIPTION PERI-SCOLAIRE 2026-2027

Mairie de Bourbriac - 22390

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Niveau à la rentrée :

CANTINE

Jours fixes	Lundi : <input type="checkbox"/>	Mardi : <input type="checkbox"/>	Jeudi : <input type="checkbox"/>	Vendredi : <input type="checkbox"/>
Présence occasionnelle	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>		

GARDE ALTERNEE

Pour les familles séparées merci de nous indiquer les modalités du planning de garde alternée, s'il existe, afin de facturer une consommation réelle et nous préciser le type de facturation (moitié/moitié ou 100% à la charge d'un parent). Merci de joindre le jugement et un calendrier de garde alternée.

GARDERIE :

Pour les familles dont les enfants vont en garderie et afin de bénéficier de la gratuité pour la garderie du matin, nous vous remercions de bien vouloir nous fournir un justificatif professionnel par parents, précisant les horaires de travail.

MATIN		SOIR	
Jours ou Horaires fixes	Lundi : <input type="checkbox"/> Jeudi : <input type="checkbox"/> Mardi : <input type="checkbox"/> Vendredi : <input type="checkbox"/>	Jours ou Horaires fixes	Lundi : <input type="checkbox"/> Jeudi : <input type="checkbox"/> Mardi : <input type="checkbox"/> Vendredi : <input type="checkbox"/>
	A partir de 7h00 : <input type="checkbox"/> A partir de 8h00 : <input type="checkbox"/> A partir de 7h45 : <input type="checkbox"/> A partir de 8h30 : <input type="checkbox"/>		Départ à partir de 17h00 : <input type="checkbox"/> A partir de 17h30 : <input type="checkbox"/> A partir de 18h30 : <input type="checkbox"/> A 18h30 : <input type="checkbox"/>
Planning (horaire de travail variable)	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	Planning (horaire de travail variable)	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
Présence occasionnelle	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	Présence occasionnelle	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>
Petit déjeuner	L'enfant arrive entre 7h00 et 7h45, je souhaite qu'il prenne le petit déjeuner à la garderie : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>	Atelier d'aide au travail du soir (CM1 et CM2 uniquement)	Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> Si oui mon l'élève sera à récupérer à 18h00 à l'école maternelle
Justificatif professionnel	Les responsables légaux ont une activité professionnelle Si oui fournir un justificatif professionnel Père : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> Mère : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/>		

Personnes majeuresⁱ autorisées à récupérer l'enfant à la garderie

Nom Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable :

Nom Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable :

Nom Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

☎ Domicile : ☎ Portable :

A Le

Signature :

ⁱ Pour les mineurs, vous devez remplir la fiche de dérogation.

Référence Unique du Mandat (RUM)

Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (SDD CORE)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le créancier à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et vous autorisez votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du créancier.

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.

Veuillez compléter les champs marqués * en lettres capitales (sauf adresse électronique)

Votre nom *
Nom/Prénoms du débiteur (personne physique) ou Dénomination sociale (personne morale)

SIREN *
.....

Votre adresse *
Numéro et nom de la rue
* *
Code postal Ville

Adresse électronique *

Téléphone fixe : Portable :

Les coordonnées de votre compte
Pays
*
Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)
*
Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier code)

Nom du créancier

I.C.S

Type de paiement * : Paiement récurrent / répétitif ☒

Merci de joindre à ce mandat un relevé IBAN (International Bank Account Number)

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur

La **Référence Unique du Mandat (RUM)** sera communiquée au débiteur par tout moyen à la convenance du créancier.

En signant le présent mandat de prélèvement SEPA, le débiteur autorise le créancier à l'informer, par tout moyen à sa convenance, **5 jours avant la date du 1^{er} prélèvement**. Cette information vaudra pré-notification.

Toute demande de remboursement ou de révocation émanant du débiteur à l'égard de sa banque n'aura pas pour effet de remettre en cause la validité du contrat entre le créancier et le débiteur.

Toute révocation du présent mandat devra impérativement être adressée au créancier par courrier recommandé avec accusé de réception.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à 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'oppositions, 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 modifiée par la loi du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Le signataire atteste être habilité à l'effet d'engager le débiteur au titre du présent mandat, à défaut, il sera personnellement tenu des obligations afférentes.

Signé à * * Le

Qualité du signataire :

Signature