



FICHE D'INSCRIPTION - ACCUEIL PERISCOLAIRE ET RESTAURATION SCOLAIRE

ÉLÈVE	Classe : _____
Nom : _____	Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
Prénom(s) : _____	Né(e) : ____/____/____
Commune de naissance : _____	Dépt. : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____

RESPONSABLE LÉGAL 1

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre _____	Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Concubin(e)	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Tél domicile : _____	Tel portable : _____
Adresse mail (OBLIGATOIRE) : _____@_____	
Profession : _____	Tél travail : _____

RESPONSABLE LÉGAL 2

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre _____	Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
Situation familiale : ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Célibataire ☐ Concubin(e)	
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Tél domicile : _____	Tel portable : _____
Adresse mail (OBLIGATOIRE) : _____@_____	
Profession : _____	Tél travail : _____

AUTRE RESPONSABLE LÉGAL

Lien avec l'enfant : _____	Autorité parentale : ☐ Oui ☐ Non
Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Commune : _____
Tél domicile : _____	Tel portable : _____
Adresse mail (OBLIGATOIRE) : _____@_____	
Profession : _____	Tél travail : _____

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si différentes des personnes déjà indiquées)

Nom : _____ Prénom : _____

Tél domicile : _____ Tel portable : _____ Tél travail : _____

Lien avec l'enfant : _____

☐ A appeler en cas d'urgence☐ Autorisé à prendre l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Tél domicile : _____ Tel portable : _____ Tél travail : _____

Lien avec l'enfant : _____

☐ A appeler en cas d'urgence☐ Autorisé à prendre l'enfant**ASSURANCE DE L'ENFANT**

Assureur : _____ Numéro : _____

SANTÉ

Nom du médecin traitant : _____ Téléphone : _____

Allergies : _____

Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) a-t-il été mis en place l'année précédente ? ☐ Oui ☐ NonDoit-il être reconduit pour cette rentrée scolaire ? ☐ Oui ☐ Non

Observations particulières que vous jugerez utiles de communiquer : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

En cas d'urgence, j'autorise mon enfant à être orienté, transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté et soigné. La famille sera immédiatement avertie : ☐ Oui ☐ Non**INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES**Garderie du matin : ☐ Oui ☐ NonGarderie du Soir : ☐ Oui ☐ NonRestaurant scolaire : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi **OU** ☐ Selon planningRepas sans porc : ☐ Oui ☐ Non**DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LA FICHE D'INSCRIPTION**☐ Livret de famille ☐ Justificatif de domicile de - 3 mois (pour les nouveaux arrivants)☐ Carnet de santé (pour les nouveaux arrivants) ☐ Certificat de radiation (pour les changements d'école)*L'inscription de votre enfant sera prise en compte uniquement si le dossier est complet.***SIGNATURES DES RESPONSABLES LÉGAUX**

Certifie l'exactitude des renseignements complétés par mes soins dans ce dossier et m'engage à signaler immédiatement toute modification à la Mairie de FONTENAY LE VICOMTE.

À _____, le ____/____/____

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Autre responsable :