



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 ☐ Non		
Doit-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 ☐ Non Garderie du Soir : ☐ Oui ☐ Non		
Restaurant scolaire : ☐ Lundi ☐ Mardi ☐ Jeudi ☐ Vendredi OU ☐ Selon planning		
Repas 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 : _____		