



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 Non Garderie 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 :