



FICHE D'INSCRIPTION - RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PERISCOLAIRE
MOYENNE SECTION AU CM2

ÉLÈVE	Classe : _____
Nom : _____	Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
Prénom(s) : _____	Né(e) : ____/____/____
Commune et dépt. de naissance : _____	
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 viande : ☐ 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 :