



FICHE D'INSCRIPTION - RESTAURATION SCOLAIRE / ACCUEIL PERISCOLAIRE

PETITE SECTION DE MATERNELLE

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

☐ 1 photo d'identité

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 :