



FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : _____

Classe : _____

ÉLÈVE

NOM : _____ NOM d'usage : _____ Sexe : M F

Prénom(s) : _____

Né(e) le : ___/___/___ Lieu de naissance (commune) : _____ département : _____

Adresse de résidence principale de l'enfant : _____

Code postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 : Nom de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubin(e) Pacsé(e)

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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

Courriel : _____ Profession (se référer à la liste jointe pour déterminer le code) : _____

J'accepte de communiquer mon adresse postale et courriel aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Responsable légal 2 : Nom de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Séparé(e) Concubin(e) Pacsé(e)

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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

Courriel : _____ Profession (se référer à la liste jointe pour déterminer le code) : _____

J'accepte de communiquer mon adresse postale et courriel aux associations de parents d'élèves : Oui Non

Autre responsable : Nom de famille : _____ Autorité parentale : Oui Non

NOM d'usage : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant (Frère, sœur, grand-père, grand-mère, oncle, tante, autres (à préciser), personne morale) : _____

Organisme : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

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

Courriel : _____ Profession (se référer à la liste jointe pour déterminer le code) : _____

J'accepte de communiquer mon adresse postale et courriel aux associations de parents d'élèves : Oui Non

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE (si différentes des personnes déjà indiquées)	
NOM de famille : _____	NOM d'usage : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____	
<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Tél domicile : _____	Tél portable : _____ Tél travail : _____
NOM de famille : _____	NOM d'usage : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____	
<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Tél domicile : _____	Tél portable : _____ Tél travail : _____
NOM de famille : _____	NOM d'usage : _____ Prénom : _____
Lien avec l'enfant : _____	
<input type="checkbox"/> A appeler en cas d'urgence	<input type="checkbox"/> Autorisé à prendre l'enfant
Tél domicile : _____	Tél portable : _____ Tél travail : _____
ASSURANCE DE L'ENFANT	
Responsabilité civile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Individuelle Accident : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie d'assurance : _____ Numéro de police d'assurance : _____	
SANTÉ	
NOM du médecin traitant : _____	Tél : _____
L'enfant est-il sujet aux allergies ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez (Environnementale, médicamenteuse, alimentaire)	_____
Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) a-t-il été mis en place l'année précédente ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Doit-il être reconduit pour cette rentrée scolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Doit-il être mis en place ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Observations particulières que vous jugerez utiles de communiquer (traitement en cours, précautions à prendre...) : _____	
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.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES	
Garderie matin : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Garderie soir : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Restaurant scolaire : <input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <input type="checkbox"/> SELON PLANNING	
Repas sans porc : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Lors de la remise de cette fiche, veuillez fournir les documents suivants : La copie du livret de famille complet, un justificatif de domicile récent, la copie du carnet de santé (vaccins à jour), une copie de l'attestation d'assurance scolaire, le certificat de radiation (en cas de changement d'école)	

Nous certifions que les renseignements portés sur cette fiche sont corrects et nous nous engageons à vous signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur ce document.

Date et Signatures des représentants légaux : Le : ___ / ___ / ___

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Autre responsable :