



FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2020/2021

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 pour le calcul du tarif cantine-garderie: la copie intégrale du livret de famille, l'attestation d'assurance scolaire, l'avis d'imposition 2020. Tout dossier incomplet sera refusé.	

Le droit à l'image vous permet de faire respecter votre droit à la vie privée. Ainsi, il est nécessaire d'avoir votre accord écrit pour utiliser l'image de votre (vos) enfant(s) sur les supports de la commune. OUI NON

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 :