

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénoms de l'enfant :

Né(e) le : Lieu de naissance : Département : Sexe : M F

Adresse :

Code postale : Ville :

INSCRIPTION A L'ECOLE

Inscription : Maternelle Élémentaire Classe :

Inscription sollicitée à compter : Septembre En cours d'année

L'inscription fait-elle suite à une demande de dérogation ? Oui -date de commission : Non

Dernière école fréquentée :

REPRÉSENTANTS LEGAUX

PARENT 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Autorité parentale : Oui Non

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

Garde alternée : Oui Non

 Domicile :

 Portable :

 Professionnel :

@ Mail :

Profession :

PARENT 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Autorité parentale : Oui Non

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

Garde alternée : Oui Non

 Domicile :

 Portable :

 Professionnel :

@ Mail :

Profession :

AUTRES RESPONSABLE LEGAL (personne physique ou morale)

Organisme :

Nom : Prénom :

Fonction : Lien avec l'enfant :

Adresse :


Code postal : Ville :

 Domicile :  Portable :  Professionnel :

@Mail :

FRERES ET SŒURS SCOLARISÉS				
Nom	Prénom	Date de naissance	Ecole fréquentée	Classe

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE ET/OU A RÉCUPÉRER L'ENFANT			
Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT
Vaccinations obligatoires : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite à jour : <input type="checkbox"/> Oui - Date du dernier rappel :
Médecin traitant : Commune :  Téléphone :
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allergies Alimentaires : <input type="checkbox"/> Oui Précisez : <input type="checkbox"/> Non
Autres observations concernant la santé de l'enfant :
.....

ASSURANCE	
Responsabilité civile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Individuelle Accident : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compagnie d'assurance : N° de police d'assurance :	

AUTORISATION (à remplir par les deux parents)
PARENT 1 : <input type="checkbox"/> Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.
PARENT 2 : <input type="checkbox"/> Je ne désire pas communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

LISTE DE DOCUMENTS A JOINDRE IMPÉRATIVEMENT
<ul style="list-style-type: none"> • Copie du carnet de santé de l'enfant (vaccins) • Livret de famille • Un justificatif de domicile précisant la résidence principale de l'enfant

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) agissant en qualité de responsable légal certifie sur l'honneur que les renseignements fournis sur cette fiche sont exacts et m'engage à signaler tout changement.

Date :

Signature du/des Responsable(s) légal(aux)