



FICHE  
D'INSCRIPTION  
SCOLAIRE &  
PERISCOLAIRE  
ANNEE 2020/2021

DATE :  
  
N° DOSSIER :

PHOTO

## ENFANT

NOM :		PRÉNOM :	
DATE DE NAISSANCE :	LIEU :		SEXE :
ECOLE D'AFFECTATION :		CLASSE :	
ECOLE D'ORIGINE :			

## INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES

GARDERIE MATIN <input type="checkbox"/>	CANTINE <input type="checkbox"/>	TAP <input type="checkbox"/>	GARDERIE SOIR <input type="checkbox"/>	ÉTUDE <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	---------------------------------	---	-----------------------------------

## TRANSPORT SCOLAIRE

Votre enfant utilise le transport scolaire pour se rendre à son domicile ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

## RESPONSABLES

MARIÉ <input type="checkbox"/>	DIVORCÉ* <input type="checkbox"/>	CÉLIBATAIRE <input type="checkbox"/>	CONCUBINAGE <input type="checkbox"/>	PACsé <input type="checkbox"/>	VEUF/VEUVE <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------------	---	---	-----------------------------------	--

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
NOM		
PRÉNOM		
ADRESSE		
PROFESSION	Profession : Adresse :	Profession : Adresse :
TÉLÉPHONE	Tel. : Portable : Fixe :	Tel. : Portable : Fixe :
E-MAIL		
AUTORITÉ PARENTALE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

<u>OBSERVATION</u>	
<u>Frère(s) ou sœur(s) scolarisé(s)</u>	

## AUTORISATIONS

Autorisation de publier des photos, des vidéos.			
Autorisez-vous la publication de photos, des vidéos de votre enfant ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autorisation de sortie.			
(Élémentaire seulement) L'enfant est-il autorisé à partir seul ?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant.			
	NOM	PRÉNOM	TÉLÉPHONE
Personne 1			Portable : Fixe :
Personne 2			Portable : Fixe :
Personne 3			Portable : Fixe :

## FICHE MÉDICALE

Nom du médecin :	Téléphone :	
Régime alimentaire spécifique :		
Problèmes de santé :		
Autorisation de soins et d'hospitalisation.		
Autorisez-vous les personnels à soigner votre enfant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autorisez-vous toute intervention médicale qui s'avèrerait indispensable à votre enfant ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

## ASSURANCE

Nom de la compagnie :	Numéro de police d'assurance :	
Responsabilité civile :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Responsabilité individuelle accident :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Date :

Signature des parents ou responsables légaux :

VEUILLEZ FOURNIR :

1 photo d'identité / la copie d'un justificatif de domicile de moins de trois mois / l'attestation d'assurance scolaire / \*Photocopie du jugement / la copie des vaccins / la copie du livret de famille