

|                                                                                 |                                                                                    |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | <b>FICHE<br/>D'INSCRIPTION<br/>SCOLAIRE &amp; PERISCOLAIRE<br/>ANNEE 2020/2021</b> | DATE :<br><br>N° DOSSIER : |
|                                                                                 |                                                                                    |                            |

PHOTO

## ENFANT

|                                                                              |  |          |        |
|------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--------|
| NOM :                                                                        |  | PRÉNOM : |        |
| DATE DE NAISSANCE :                                                          |  | LIEU :   | SEXE : |
| ECOLE D'ORIGINE :                                                            |  | CLASSE : |        |
| ECOLE D'AFFECTATION : (cadre réserver au service scolaire, ne rien inscrire) |  |          |        |

## INSCRIPTIONS PERISCOLAIRES

|                                            |                                     |                                 |                                           |                                   |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|
| GARDERIE MATIN<br><input type="checkbox"/> | CANTINE<br><input type="checkbox"/> | TAP<br><input type="checkbox"/> | GARDERIE SOIR<br><input type="checkbox"/> | ÉTUDE<br><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<br><input type="checkbox"/> | DIVORCÉ*<br><input type="checkbox"/> | CÉLIBATAIRE<br><input type="checkbox"/> | CONCUBINAGE<br><input type="checkbox"/> | PACSÉ<br><input type="checkbox"/> | VEUF/VEUVE<br><input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|

|                     | RESPONSABLE 1                                                                                                | RESPONSABLE 2                                                                                                |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LIEN AVEC L'ÉLÈVE   | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur                  | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur                  |
| NOM                 |                                                                                                              |                                                                                                              |
| PRÉNOM              |                                                                                                              |                                                                                                              |
| N° SECURITE SOCIALE |                                                                                                              |                                                                                                              |
| ADRESSE             | L'élève habite à cette adresse. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                    | L'élève habite à cette adresse. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                    |
| PROFESSION          | Profession :<br>Adresse :<br>Tel :<br><b>CSP</b> (voir document annexe) :                                    | Profession :<br>Adresse :<br>Tel :<br><b>CSP</b> (voir document annexe) :                                    |
| TÉLÉPHONE           | Portable :<br>Fixe :                                                                                         | Portable :<br>Fixe :                                                                                         |
| E-MAIL              | <input type="checkbox"/> J'accepte de communiquer mes adresses aux délégués des parents d'élèves de l'école. | <input type="checkbox"/> J'accepte de communiquer mes adresses aux délégués des parents d'élèves de l'école. |
| AUTORITÉ PARENTALE  | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                    | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                    |

|                            |                                                                                                  |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>OBSERVATION</u>         |                                                                                                  |
| <u>Frère(s) ou sœur(s)</u> | NOM _____ PRENOM _____ date de naissance _____<br>NOM _____ PRENOM _____ date de naissance _____ |

VEUILLEZ FOURNIR :

1 photo d'identité / un justificatif de domicile de moins de trois mois / la copie des vaccins / la copie du livret de famille / \*la copie du jugement / l'attestation d'assurance scolaire / le certificat de radiation / les règlements des temps périscolaires et de restauration signés.

|                                                                                                                                                                    |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) :</b> .....                                                                               |                                                          |
| <small>Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.</small>                                                                                   |                                                          |
| <b>Nom de famille :</b> .....                                                                                                                                      | <b>Prénom :</b> .....                                    |
| <b>Nom d'usage :</b> .....                                                                                                                                         | <b>Organisme :</b> .....                                 |
| <b>Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) :</b> ..... <small>(pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)</small> |                                                          |
| <b>Adresse :</b> .....                                                                                                                                             |                                                          |
| <b>Code postal :</b> .....                                                                                                                                         | <b>Commune :</b> .....                                   |
| <b>L'élève habite à cette adresse :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                                                                  |                                                          |
| <b>Tél. mobile :</b> .....                                                                                                                                         | <b>Tél. domicile :</b> ..... <b>Tél. travail :</b> ..... |
| <b>Courriel :</b> .....                                                                                                                                            |                                                          |
| <b>J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |                                                          |

(\*) Ascendant/Fratrie/Autre membre de la famille/Educateur/Assistant familial/Garde d'enfant/Autre lien (à préciser) ou Aide Sociale à l'Enfance (pour responsable moral)

## AUTORISATIONS

| Autorisation de publier des photos, des vidéos.                                                                     |               |                              |                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Autorisez-vous la publication de photos, des vidéos de votre enfant lors des activités scolaires et périscolaires ? |               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON         |
| Autorisation de sortie sur les temps périscolaires.                                                                 |               |                              |                                      |
| (Élémentaire seulement) L'enfant est-il autorisé à partir seul ?                                                    |               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON         |
| Personnes à contacter en cas d'urgence et autorisées à récupérer l'enfant.                                          |               |                              |                                      |
|                                                                                                                     | NOM ET PRÉNOM | LIEN AVEC L'ELEVE            | TÉLÉPHONE                            |
| Personne 1                                                                                                          |               |                              | Portable :<br>Fixe :<br>Profession : |
| Personne 2                                                                                                          |               |                              | Portable :<br>Fixe :<br>Profession : |
| Personne 3                                                                                                          |               |                              | Portable :<br>Fixe :<br>Profession:  |
| Personne 4                                                                                                          |               |                              | Portable :<br>Fixe :<br>Profession:  |
| Personne 5                                                                                                          |               |                              | Portable :<br>Fixe :<br>Profession:  |

## FICHE MÉDICALE

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

## ASSURANCE

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

**Date :** .....

**Signature des parents ou responsables légaux :** .....

**Si envoyé par voie dématérialisée, indiquer dans le mail la mention « J'accepte les règlements de la restauration et des temps périscolaires »**

**VEUILLEZ FOURNIR :**  
 1 photo d'identité / un justificatif de domicile de moins de trois mois / la copie des vaccins / la copie du livret de famille / \*la copie du jugement / l'attestation d'assurance scolaire / le certificat de radiation / les règlements des temps périscolaires et de restauration signés.