|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Afficher l'image d'origine | **FICHE** **D’INSCRIPTION** **SCOLAIRE & PERISCOLAIRE****ANNEE 2020/2021** | DATE :N° DOSSIER : |  |

**ENFANT**

PHOTO

|  |  |
| --- | --- |
| 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[ ]  | CANTINE[ ]  | TAP[ ]  | GARDERIE SOIR[ ]  | ÉTUDE[ ]  |

**TRANSPORT SCOLAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre enfant utilise le transport scolaire pour se rendre à son domicile ? | OUI[ ]  | NON[ ]  |

**RESPONSABLES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MARIÉ[ ]  | DIVORCÉ\*[ ]  | CÉLIBATAIRE[ ]  | CONCUBINAGE[ ]  | PACSÉ[ ]  | VEUF/VEUVE[ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  RESPONSABLE 1 |  RESPONSABLE 2 |
| LIEN AVEC L’ELEVE | [ ]  Père [ ]  Mère [ ]  Tuteur  | [ ]  Père [ ]  Mère [ ]  Tuteur |
| NOM |  |  |
| PRÉNOM |  |  |
| N° SECURITE SOCIALE |  |  |
| ADRESSE | L’élève habite à cette adresse. [ ]  OUI [ ]  NON | L’élève habite à cette adresse. [ ]  OUI [ ]  NON |
| PROFESSION | Profession : Adresse : Tel : **CSP** (voir document annexe) :  | Profession : Adresse : Tel : **CSP** (voir document annexe) :  |
| TÉLÉPHONE | Portable : Fixe :  | Portable :Fixe :  |
| E-MAIL | [ ]  J’accepte de communiquer mes adresses aux délégués des parents d’élèves de l’école.  | [ ]  J’accepte de communiquer mes adresses aux délégués des parents d’élèves de l’école. |
| AUTORITÉ PARENTALE | [ ]  OUI | [ ]  NON | [ ]  OUI | [ ]  NON |

|  |  |
| --- | --- |
| OBSERVATION |  |
| Frère(s) ou sœur(s) | **NOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date de naissance\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **NOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRENOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date de naissance\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |



[ ]  **NON**

[ ]  **OUI**

[ ]  **NON**

[ ]  **OUI**

**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 ?  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Autorisation de sortie sur les temps périscolaires. |
| (**Élémentaire seulement**) L’enfant est-il autorisé à partir seul ? | [ ]  OUI | [ ]  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 : Fixe :Profession :  |
| Personne 2 |  |  | Portable : Fixe : Profession :  |
| Personne 3 |  |  | Portable : Fixe :Profession:  |
| Personne 4 |  |  | Portable : Fixe :Profession:  |
| Personne 5 |  |  | Portable : Fixe :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 ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Autorisez-vous toute intervention médicale qui s’avèrerait indispensable à votre enfant ? | [ ]  OUI  | [ ]  NON  |

**ASSURANCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la compagnie :  | Numéro de police d’assurance :  |
| Responsabilité civile :  | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Responsabilité individuelle accident :  | [ ]  OUI | [ ]  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** »