|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**

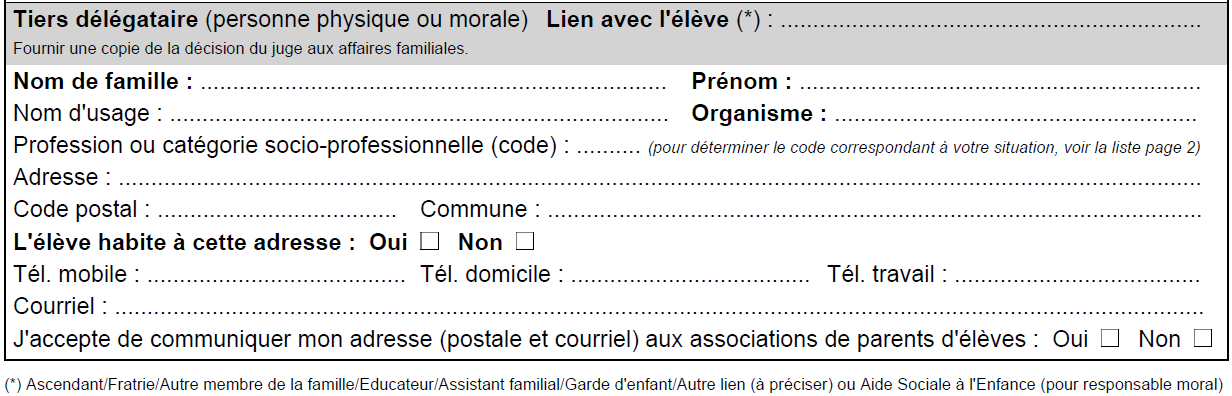
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre enfant utilise le transport scolaire pour se rendre à son domicile ? | OUI | NON |

**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** »