



FICHE
D'INSCRIPTION SCOLAIRE
& PERISCOLAIRE ANNEE
2021/2022

DATE :

N° DOSSIER :



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 <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
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 : Adresse : Tel : CSP (voir document annexe) :	Profession : Adresse : Tel : CSP (voir document annexe) :
TÉLÉPHONE	Portable : Fixe :	Portable : 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

OBSERVATION	
<u>Frère(s) ou sœur(s)</u>	NOM _____ PRÉNOM _____ date de naissance _____ NOM _____ PRÉNOM _____ 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 ou responsabilité civile / le certificat de radiation / les règlements des temps périscolaires et de restauration signés.

Tiers délégataire (personne physique ou morale) Lien avec l'élève (*) :

Fourmir une copie de la décision du juge aux affaires familiales.

Nom de famille : **Prénom :**

Nom d'usage : **Organisme :**

Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir la liste page 2)

Adresse :

Code postal : **Commune :**

L'élève habite à cette adresse : OUI NON

Tél. mobile : **Tél. domicile :** **Tél. travail :**

Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d'élèves : OUI 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 ? 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 :

« **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 ou responsabilité civile / le certificat de radiation / les règlements des temps périscolaires et de restauration signés.