

FICHE D'INSCRIPTION ECOLE

Année scolaire :

Mon enfant rentre en Classe de : _____

ÉLÈVE

NOM : _____

Prénom : _____

Sexe : M ☐ F ☐

Né(e) le : _ / _ / _ Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Frères/ Soeurs (noms et âges) : _____

RESPONSABLES LÉGAUX

PARENT (1)

NOM : _____

Autorité parentale :

Oui ☐ Non ☐

NOM : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Situation familiale (2) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____

PARENT (2)

Autorité parentale :

Oui ☐ Non ☐

NOM : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Situation familiale (2) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

Courriel : _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale)

Autorité parentale :

Oui ☐ Non ☐

Organisme : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____

Téléphone portable : _____

(2) Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)

PERSONNES À APPELER EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISÉES À PRENDRE L'ENFANT À LA SORTIE

NOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

NOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

NOM : _____ Prénom : _____ ☐ A appeler en cas d'urgence
Lien avec l'enfant : _____ ☐ Autorisé à prendre l'enfant
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Téléphone domicile : _____ Téléphone travail : _____ Téléphone port. : _____

INFORMATIONS PÉRISCOLAIRES

Garderie matin : Oui ☐ Non ☐
Garderie soir : Oui ☐ Non ☐
Étude surveillée : Oui ☐ Non ☐
Restaurant scolaire : Oui ☐ Non ☐
Transport scolaire : Oui ☐ Non ☐

MEDECIN TRAITANT

NOM : _____ Tél. : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Problème de santé connu : _____

ASSURANCE DE L'ENFANT

Responsabilité civile : Oui ☐ Non ☐ Individuelle Accident : Oui ☐ Non ☐
Compagnie d'assurance: _____ Numéro de police d'assurance : _____

AUTORISATIONS

- ☐ J'autorise tout médecin responsable, à faire pratiquer le cas échéant, toute intervention chirurgicale et à prescrire en cas d'urgence tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.
☐ J'autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves.
☐ J'autorise que mon enfant soit photographié(e) ou filmé(e) dans le cadre des activités scolaires.

Date : _____ Signature Parent (1) : _____ Signature Parent (2) : _____ autre représentant légal : _____