



DOSSIER D'INSCRIPTION ENFANT SERVICE JEUNESSE / SERVICE SCOLAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ECOLE

ECOLE : **Classe :**.....

ENFANT

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance

Nombre de frère et sœur : Place dans la fratrie :

PARENTS	PERE	MERE
NOM
Prénom
Adresse
Adresse Mail
Tel. du domicile
Tel. Portable
Tel du travail
Employeur
Profession
Code (voir tableau ci-joint)
SITUATION FAMILIALE	Marié/Pacsé <input type="checkbox"/> Séparé/Divorcé <input type="checkbox"/> Union libre/célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	

Personnes habilitées à récupérer l'enfant : veuillez mentionner NOM Prénom numéro de téléphone et lien de parenté (grand-mère, oncle, voisin, nourrice, ...)

1/

2/.....

3/.....

4/.....

5/.....

Autorisez-vous votre enfant à rentrer seul :

- Après les TAP à 16h30 (16h45) oui non
- Après le périscolaire (18h30) oui non

AUTORISATIONS

- Autorisez-vous les Services Municipaux et l'école à transporter votre enfant en minibus en cas de problème ou d'intempérie pour se rendre au restaurant scolaire ou au centre de loisirs ? Oui Non
- Autorisez-vous les services municipaux et l'école à photographier votre enfant à des fins de publication interne ou dans le journal de la commune ou dans la presse locale ? Oui Non
- Autorisez-vous les enseignants à photographier votre enfant dans le cadre des activités scolaires ? Oui Non

ALIMENTATION

- Un repas sans porc pourra être servi au restaurant scolaire, votre enfant est-il concerné ? oui non

SANITAIRE

- Vaccinations (*merci de fournir la photocopie des vaccinations et de la joindre au dossier*)
- Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie particulière ?

Allergie alimentaire : *préciser*

Asthme :

Autre : *préciser*

Cette pathologie nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Personnalisé)

Oui* non

**Dans ce cas, se rapprocher des directeurs d'écoles et du service affaires scolaires en mairie, pour le mettre en place.*

- Nom et coordonnées du médecin traitant

.....

- Je soussigné,responsable légal de l'enfant autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention médicale)

ASSURANCE :

Nom de l'assuranceN° de police

Merci de fournir l'attestation d'assurance et de la joindre au dossier

Information complémentaire, nécessaire :

Numéro d'Allocataire CAF

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Le

Signatures des deux parents,