

Date de réception du dossier : _____

École : _____

Niveau : _____

INSCRIPTION SCOLAIRE ET PÉRISCOLAIRE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Enfant

Nom : : _____ Prénom : _____

Date de naissance : : _____ Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

École fréquentée en 2020 - 2021 : _____

Inscriptions

École : Maternelle
Élémentaire

Restauration scolaire (en l'absence de choix, le repas standard sera attribué)

- Repas standard
- Repas alternatif (sans viande)

Accueil périscolaire

Accueil de loisirs le mercredi et/ou vacances scolaires (FLASH)

PASSERELLE le mercredi et/ou vacances scolaires (CM2)

Composition du foyer de l'enfant (personnes habitant avec l'enfant)

Représentant légal

Madame **Monsieur**
Autorité parentale sur l'enfant ci-dessus

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse* : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. Fixe : _____

Tél. Mobile : _____

Tél. Bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Employeur : _____

Représentant légal

Madame **Monsieur**
Autorité parentale sur l'enfant ci-dessus

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse* : _____

CP : _____ Ville : _____

Tél. Fixe : _____

Tél. Mobile : _____

Tél. Bureau : _____

Courriel : _____

Profession : _____

Employeur : _____

* si différente de celle de l'enfant

Situation familiale

Marié.e Vie maritale PACS Veuf.ve
Divorcé.e Séparé.e Célibataire

Nombre d'enfants dans le foyer : _____

N° d'allocataire à la CAF : _____ Caisse d'affiliation : _____

Régime d'affiliation : Régime général MSA

Filiation de l'enfant : père/mère n'habitant pas avec l'enfant

Nom - Prénom	Père / Mère	Autorité parentale* Oui / Non

*Joindre obligatoirement un document officiel ou amiable concernant la garde de l'enfant (jugement...)

Personnes (autres que les représentants légaux) à joindre en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher l'enfant

Nom – Prénom	Tél. Fixe	Tél. Portable	À prévenir en cas d'urgence*	Autorisée à venir chercher l'enfant*

* Mettre une croix dans les cases

Renseignements médicaux

Date du dernier rappel antitétanique (ou DT Polio ou Tétracoq) : _____ (joindre une copie du carnet de vaccination)

Nom du médecin traitant : - _____ Tél. : _____

Autorisations de l'enfant (dans le cadres des activités péri et extrascolaires)

L'enfant est-il autorisé à :

- Sortir seul OUI NON
- Être photographié* OUI NON
- Être filmé* OUI NON
- Être transporté OUI NON

* Pour usage interne, j'accepte que mon enfant soit photographié et/ou filmé et la diffusion de son image:

- sur support papier (journal municipal, plaquette, affichage...) OUI NON
- sur support dématérialisé (site internet, Facebook de la mairie) OUI NON

Engagement

J'atteste sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements qui figurent sur le présent document et m'engage à signaler au Pôle enfance, jeunesse, animation tout changement dans la situation de l'enfant.

Fait à Canéjan, le _____

“Lu et approuvé”
Représentant légal
Signature

“Lu et approuvé”
Représentant légal
Signature