



Fiche d'inscription

Année scolaire 2024-2025

À retourner en mairie avant le 5 juillet 2024

Identification de l'enfant

NOM : Prénom : né(e) le.....
Classe : Sexe : M / F

Responsables légaux

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

NOM :
Prénom :
Adresse :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone mobile :
Téléphone travail :
Profession :
Lieu de travail :
Mél :
Temps de travail :

Lien avec l'enfant : père – mère – tuteur légal

Situation familiale : Mariés – Pacsés – Concubinage – Séparés – Divorcés – Veuf(ve)*

* En cas de séparation, merci de nous transmettre la décision du tribunal précisant le mode de garde de l'enfant

RESPONSABLE LÉGAL 2 :

NOM :
Prénom :
Adresse (si différente du père) :
.....
Téléphone domicile :
Téléphone mobile :
Téléphone travail :
Profession :
Lieu de travail :
Mél :
Temps de travail :

Lien avec l'enfant : père – mère – tuteur légal

Coordonnées du responsable pour la facturation des services

NOM Prénom
Adresse
Téléphone Mél
N° d'allocataire CAF
Quotient familial : (joindre un justificatif de moins de 2 mois).....
Mise en place le prélèvement automatique : Oui (joindre un RIB) Non

Renseignements concernant l'enfant

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant suit-il un **régime alimentaire** ? Oui Non

Si oui, merci de préciser lequel :

L'enfant a-t-il des besoins spécifiques qui nécessiteraient une prise en charge particulière (diabète, épilepsie, forte allergie, autres pathologies). Oui Non

Allergie : Médicamenteuses : Oui Non Alimentation : Oui Non

Asthme : Oui Non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

Antécédents de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Médecin traitant : Nom : Tél.

Lieu d'hospitalisation souhaité :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.....

Organisme d'assurance maladie :
N° de sécurité sociale.....

Vaccinations : Joindre une copie du carnet de vaccination de l'enfant. Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

J'autorise mon enfant à quitter seul la garderie du soir (uniquement à partir de la classe de CP) ;

J'ai pris connaissance du **règlement intérieur** des services périscolaires, j'en accepte tous les termes, sans la moindre réserve.

Afin de prévoir le personnel nécessaire, merci de nous donner une prévision des présences de votre enfant :

	Garderie du matin		Restauration scolaire		Garderie du soir	
	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel	Régulier	Occasionnel
Lundi						
Mardi						
Jeudi						
Vendredi						

Autre (précisez) :

Je soussigné(e),, responsable de l'enfant :

....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de la garderie périscolaire et/ou de la restauration scolaire à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :