

Fiche Inscription

2026-2027



NOM de l'enfant : PRENOM de l'enfant :

Né(e) le Classe fréquentée (2026/2027)

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL de l'enfant :

Adresse mail (Pour envoyer, les réservations, les factures et infos) :

NOM ET PRENOM DU PARENT 1 de l'enfant :

ADRESSE :

Profession : Employeur :

SECURITE SOCIALE N° de matricule :

☎ DOMICILE : ☎ PORTABLE : ☎ TRAVAIL :

NOM ET PRENOM DU PARENT 2 de l'enfant :

ADRESSE :

Profession : Employeur :

SECURITE SOCIALE N° de matricule :

☎ DOMICILE : ☎ PORTABLE : ☎ TRAVAIL :

Situation familiale des parents :

MARIE – SEPARÉ – DIVORCE – UNION LIBRE – PACSE – VEUF – CELIBATAIRE

Autre(s) personne(s) susceptible(s) de récupérer l'enfant :

NOM - PRENOM :

ADRESSE :

☎ :

Si votre enfant est autorisé à partir seul de l'école, veuillez cocher la case suivante : ☐.

REGIME CAF :

- Si régime CAF, noter votre N° d'allocataire CAF :
- Si autres régimes, joindre une copie du dernier avis d'imposition et des prestations familiales.

Vos ressources :

Nombre d'enfants à charge :

MEDECIN TRAITANT :

Adresse : ☎ :

MALADIES INFANTILES : l'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Coqueluche : ☐ OUI ☐ NON	Oreillons : ☐ OUI ☐ NON	Rougeole : ☐ OUI ☐ NON
Rubéole : ☐ OUI ☐ NON	Scarlatine : ☐ OUI ☐ NON	Varicelle : ☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES / TROUBLES DE SANTE :

- ALIMENTAIRES : (**Projet d'accueil individualisé obligatoire**)

- AUTRES ALLERGIES OU TROUBLES DE SANTE ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :
.....(**Préciser si l'enfant a un PAI**)

*L'enfant est-il énurésique ? oui ☐ non ☐ * Est-elle réglée ? oui ☐ non ☐ *Perçoit il l'AAEH ? oui ☐ non ☐

RESTAURATION SCOLAIRE

Mon enfant déjeunera :

- ☐ tous les jours
- ☐ certains jours de la semaine : ☐ lundi ☐ mardi ☐ jeudi ☐ vendredi
- ☐ suivant un planning (mensuel)
- ☐ occasionnellement

Mon enfant suit un régime alimentaire spécial : ☐ végétarien, ☐ autre, préciser :

.....

ACCUEIL PERISCOLAIRE

Mon enfant ne fréquentera pas l'accueil périscolaire : ☐

Mon enfant fréquentera l'accueil périscolaire (cocher dans le tableau suivant):

	Lundi	Mardi	Jeudi	Vendredi	Occasionnellement
MATIN					
SOIR					

Mon enfant effectuera ses devoirs au périscolaire ☐ OUI ☐ NON

Mon enfant fréquentera l'accueil de loisirs du mercredi ☐ OUI ☐ NON

ENGAGEMENT DES PARENTS

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photo sur les temps de la restauration et de l'accueil périscolaire, cocher la case suivante : ☐

Je soussigné M. et / ou Mme

- autorise les organisateurs à prendre, en cas d'accident ou d'urgence toutes décisions d'hospitalisation et d'intervention clinique jugées indispensables par le médecin appelé et même sous anesthésie partielle ou totale, s'il est impossible de me joindre,
- autorise la directrice à transporter, mon enfant dans son véhicule personnel en cas de nécessité ☐ OUI ☐ NON
- déclare avoir pris connaissance des modalités d'organisation de la restauration scolaire et de l'accueil périscolaire et m'engage à les respecter, à effectuer le règlement des factures dans la quinzaine de chaque mois
- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés sur cette fiche.

A..... le

Signature du responsable légal