



# INSCRIPTION SCOLAIRE/RESTAURATION SCOLAIRE/APS

## Fiche de renseignements -

### RESPONSABLE LEGAL 1

NOM - Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
☎ \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ Adresse mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE LEGAL 2

NOM - Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
☎ \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_ Adresse mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Profession \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

### ENFANT(S)

#### 1er ENFANT :

NOM - Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

Lien de parenté du(des) responsable(s) légal(gaux) avec l'enfant :

- Responsable légal 1 : père/beau-père  mère/belle-mère  autre (à préciser) \_\_\_\_\_
- Responsable légal 2 : père/beau-père  mère/belle-mère  autre (à préciser) \_\_\_\_\_

#### Inscription demandée :

- Ecole  Préciser : Ecole souhaitée : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_
- Restauration  Préciser nom du payeur : \_\_\_\_\_
- Accueil périscolaire  Préciser nom du payeur : \_\_\_\_\_

#### Données médicales :

- Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_
- Régime alimentaire : sans porc  sans sel  sans viande
- Allergie (à préciser) : \_\_\_\_\_
- Contre-indication (à préciser) : \_\_\_\_\_

#### Autorisations :

- Hospitalisation : OUI  Préciser lieu de préférence : \_\_\_\_\_ NON
- Sortie seul(e) APS : OUI  NON
- Photos : OUI  NON
- Films : OUI  NON

## 2ème ENFANT :

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Lien de parenté du(des) responsable(s) légal(gaux) avec l'enfant :

- Responsable légal 1 : père/beau-père  mère/belle-mère  autre (à préciser) \_\_\_\_\_
- Responsable légal 2 : père/beau-père  mère/belle-mère  autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Inscription demandée :

- Ecole  Préciser : Ecole souhaitée : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_
- Restauration  Préciser nom du payeur : \_\_\_\_\_
- Accueil périscolaire  Préciser nom du payeur : \_\_\_\_\_

Données médicales :

- Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_
- Régime alimentaire : sans porc  sans sel  sans viande
- Allergie (à préciser) : \_\_\_\_\_
- Contre-indication (à préciser) : \_\_\_\_\_

Autorisations :

- Hospitalisation : OUI  Préciser lieu de préférence : \_\_\_\_\_ NON
- Sortie seul(e) APS : OUI  NON
- Photos : OUI  NON
- Films : OUI  NON

## 3ème ENFANT :

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Lien de parenté du(des) responsable(s) légal(gaux) avec l'enfant :

- Responsable légal 1 : père/beau-père  mère/belle-mère  autre (à préciser) \_\_\_\_\_
- Responsable légal 2 : père/beau-père  mère/belle-mère  autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Inscription demandée :

- Ecole  Préciser : Ecole souhaitée : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_
- Restauration  Préciser nom du payeur : \_\_\_\_\_
- Accueil périscolaire  Préciser nom du payeur : \_\_\_\_\_

Données médicales :

- Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_
- Régime alimentaire : sans porc  sans sel  sans viande
- Allergie (à préciser) : \_\_\_\_\_
- Contre-indication (à préciser) : \_\_\_\_\_

Autorisations :

- Hospitalisation : OUI  Préciser lieu de préférence : \_\_\_\_\_ NON
- Sortie seul(e) APS : OUI  NON
- Photos : OUI  NON
- Films : OUI  NON

**CONTACT(S)** (assistante maternelle, personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'(les) enfant(s) à la sortie de l'école ou de l'APS)

**1er CONTACT :**

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_



Lien avec l'enfant : assistante maternelle  grands-parents  autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

A prévenir en cas d'urgence : OUI  NON

**2ème CONTACT :**

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_



Lien avec l'enfant : assistante maternelle  grands-parents  autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

A prévenir en cas d'urgence : OUI  NON

**3ème CONTACT :**

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_



Lien avec l'enfant : assistante maternelle  grands-parents  autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

A prévenir en cas d'urgence : OUI  NON

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche de renseignements.

Fait à TRELAZE, le \_\_\_\_\_

Signature,