



DOSSIER INSCRIPTION SCOLAIRE

- 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 (s) 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

2^{ème} 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

3^{ème} 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,