|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cadre réservé à l’administration :Date dépôt / réception du dossier |  | \_ | \_ | ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................./ \_ \_ / \_ \_ Cachet de la Mairie : |
|   | **FICHE D’INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS ELEVE** **A REMETTRE A L’ECOLE DE VOTRE ENFANT AVEC LE DOSSIER ALAE AVANT LE 24 JUIN** | Coller la PHOTO SVP |
| Groupe scolaire du Cossignol Chemin de Falgarde31120 LACROIX-FALGARDE | Année scolaire : .......................... Classe : ................ |  |

**ELEVE**

Nom : ................................................................. Prénom(s) : ............................. / ............................. / .............................

Né(e) le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ à ................................................................. Département : .......................................

Adresse de l’enfant : ............................................................................................................................................................

Code postal : ................... Commune : .................................................

Prénom et âge des frères, sœurs, enfants scolarisés dans le groupe scolaire : ..........................................................................................

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

**RESPONSABLES LEGAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| RESPONSABLE LEGAL 1Nom patronymique : .....................................................................................Nom marital : ................................................................................................Prénom : .......................................................................................................Profession ou catégorie socio-professionnelle (code)……………………….Adresse (si différente de celle de l’enfant) : ...................................................................................................................................................................Tél. domicile : ...............................................................................................Portable : ......................................................................................................Tél. travail : ....................................................................................................Mail : ..............................................................................................................J’accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d’élèves : oui NON Autorité parentale : OUI NON | RESPONSABLE LEGAL 2Nom patronymique : .....................................................................................Nom marital : ................................................................................................Prénom : ........................................................................................................Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : ………………..…….Adresse (si différente de celle de l’enfant) : .......................................................................................................................................................................Tél. domicile : .................................................................................................Portable : ........................................................................................................Tél. travail : .....................................................................................................Mail : .............................................................................................................J’accepte de communiquer mon adresse (postale et courriel) aux associations de parents d’élèves : oui NON Autorité parentale : OUI NON |

# Si vous êtes séparés ou divorcés, indiquer qui a la garde de l’enfant (joindre l’ordonnance du TGI) :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PARENT 1 |  | PARENT 2 |  | GARDE ALTERNEE |

**Personne AUTRE QUE LES PARENTS à prévenir en cas d’urgence / autorisée à venir chercher l’enfant**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom, Prénom | Lien avec l’enfant | N° de téléphone**(OBLIGATOIRE)** | Autorisé à venir chercher mon enfant | A appeler en cas d’urgence **si les parents ne sont****pas joignables** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**AUTRE RESPONSABLE LEGAL**

|  |
| --- |
| **Responsable légal autre que le responsable légal 1 ou 2** (personne physique ou morale) |
| Organisme : ..................................................................................Fonction : .......................................................................................Lien avec l’enfant : ......................................................................Adresse (si différente de celle de l’enfant) : ........................................................................................... | Tél. domicile : ................................................................................Portable : .......................................................................................Tél. travail : .................................................................................... |
| Autorité parentale : OUI |  | NON |  |  |

**INSCRIPTION AUX DIFFERENTS SERVICES MUNICIPAUX**

**MERCI de COCHER les jours de fréquentation pour les différents services.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CANTINE** |  |  | **RAMASSAGE SCOLAIRE (prise régulière) :****NOM DE L’ARRET DE BUS :** |
|  |  **(aucune montée ni descente autorisée entre 2 arrêts)** |
| **LUNDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |
|  |  |  |
| **MARDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |
|  |  |  |
| **MERCREDI** |  |  | **Matin** | **Midi** |
|  |  |
|  |  |  |
| **JEUDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |
|  |  |  |
| **VENDREDI** |  |  | **Matin** | **Soir** |
|  |  |

**Si la prise du BUS est occasionnelle dans l’année, merci de renseigner plus haut le nom de l’arrêt de BUS et de cocher cette case. Avant le jour souhaité il devra y avoir obligatoirement un mot écrit dans le cahier de l’enfant: PRISE OCCASIONELLE: OUI**

**FICHE MEDICALE** Cocher la bonne case (\*)

# Médecin traitant.

Nom : .................................................................... / N° de téléphone : ..........................................

# Projet d’Accueil Individualisé (PAI).

* Votre enfant est-il concerné par un PAI (\*) ?  OUI (validé)  OUI (en cours de validation)  NON
* Si oui, précisez la nature du PAI : ..............................................................................................................................................................

# Régime alimentaire.

Votre enfant est-il soumis à un régime alimentaire particulier (\*) ?  OUI  NON

Si oui, lequel : ..........................................................................................................................................................................

* **Traitement(s) (\*).**  OUI  NON

Si oui, précisez :.......................................................................................................................................................................

* **Votre enfant porte-t-il des lunettes (\*) ?**  OUI  NON

Si oui, doit-il les conserver pendant les activités sportives et récréatives (\*) :  OUI  NON

**En cas d’accident ou d’urgence médicale**, je soussigné(e)………… , responsable légal(e) de

l’enfant ……. AUTORISE les responsables de l’enfant (enseignants, responsables des

services cantine, ALAE) à appeler le SAMU et à prendre, le cas échéant, toutes mesures d’urgence nécessaires (traitement médical, hospitalisation. ) rendues nécessaires par l’état de santé dudit enfant. La famille sera immédiatement informée.

#  ATTESTATION

Je soussigné(e) , responsable légal(e) de

l’enfant .......................................................................... :

* confirme la présente demande d’inscription, ainsi que l’exactitude des renseignements inscrits,
* m’engage à signaler dans les plus brefs délais, tout changement dans les renseignements portés sur la fiche,
* atteste également avoir pris connaissance des modalités du règlement en vigueur et notamment de mes obligations en matière d’information de la mairie sur toute modification, en accepter les termes et m’engage à strictement m’y conformer.

Porter la mention « lu et approuvé » Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Signature(s) :