

Cadre réservé à l'administration :

 Date dépôt / réception du dossier _ _
 / _ _ / _ _

Cachet de la Mairie :



FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS ELEVE

Coller la
PHOTO
SVP

Groupe scolaire du Cossignol
 Chemin de Falgarde
 31120 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 1

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom 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

Nom 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

1	Nom, Prénom	Lien avec l'enfant	N° de téléphone <u>(OBLIGATOIRE)</u>	Autorisée à venir chercher mon enfant	A appeler en cas d'urgence <u>si les parents ne sont pas joignables</u>
1					
2					
3					
4					
5					

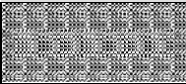
AUTRE RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal autre que le responsable légal 1 ou 2 (personne physique ou morale)

Organisme :	Tél. domicile :
Fonction :	Portable :
Lien avec l'enfant :	Tél. travail :
Adresse (si différente de celle de l'enfant) :	Autorité parentale : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

ATTENTION

RESTAURATION SCOLAIRE : INSCRIPTIONS AUPRES DE L'ALAE (dossier différent de celui-ci)

Information réservée à la mairie : Cocher les jours de fréquentation	CANTINE
LUNDI	
MARDI	
MERCREDI	
JEUDI	
VENDREDI	

RAMASSAGE SCOLAIRE : NOM DE L'ARRET DE BUS :	
.....	
(aucune montée ni descente autorisée entre 2 arrêts)	
Matin	Soir
Matin	Soir
Matin	Midi
Matin	Soir
Matin	Soir

FICHE MEDICALE

✓ **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).**

Si oui, précisez : OUI NON

Si oui, précisez :

✓ **Votre enfant porte-t-il des lunettes ?**

Si oui, doit-il les conserver pendant les activités sportives et récréatives : 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 et garderie) 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 de l'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 acceptant les termes et m'engage à strictement m'y conformer.

Porter la mention « lu et approuvé »

Date : __/__/__

Signature(s) :